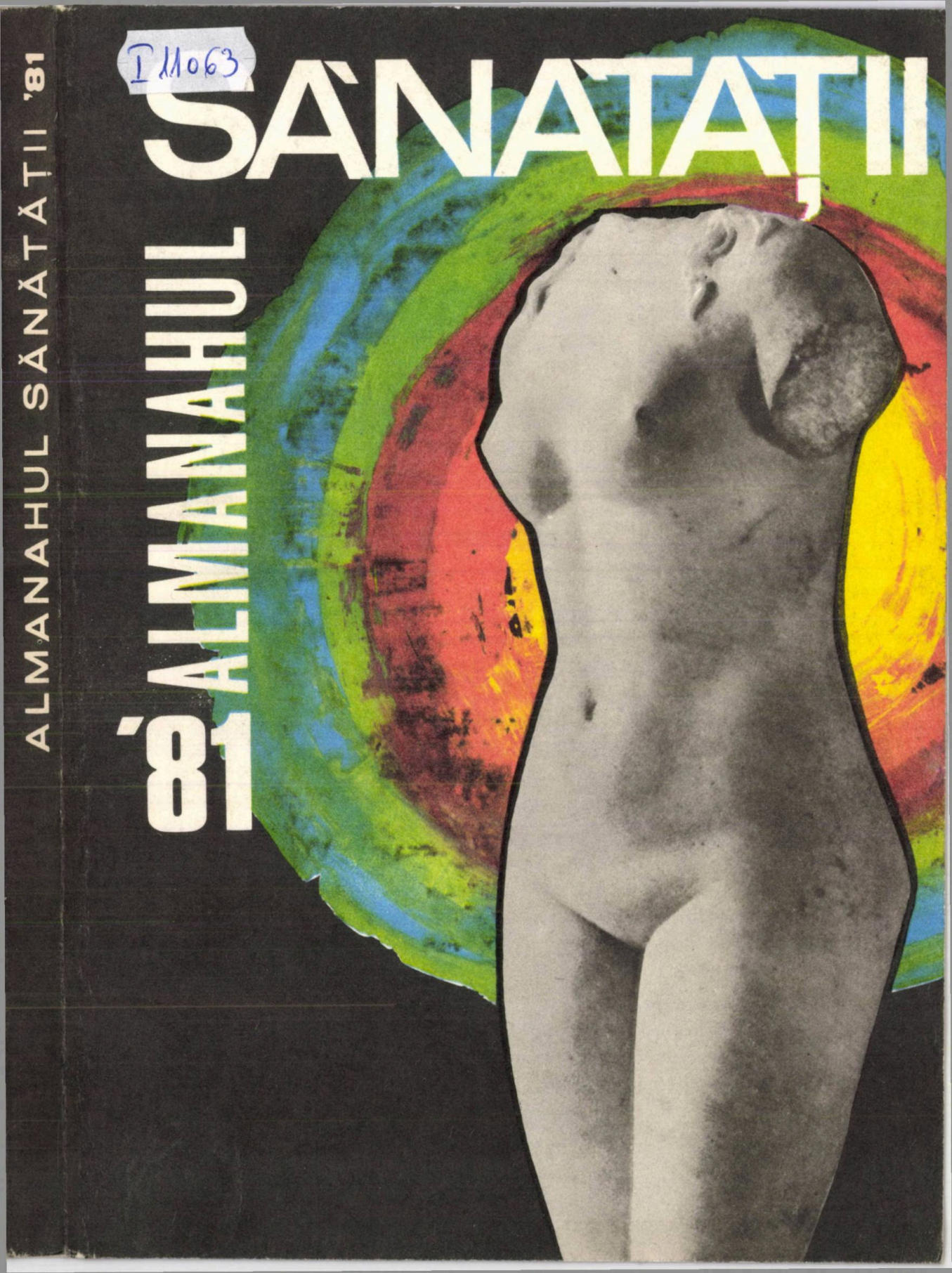
I 11063

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII '81



ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII '81

REDACTOR:
Lucia Gheorghiu

SECRETAR DE REDACȚIE:
Floarea Niță

PREZENTAREA GRAFICĂ:
Dan Cristescu
Dorana Coșoveanu

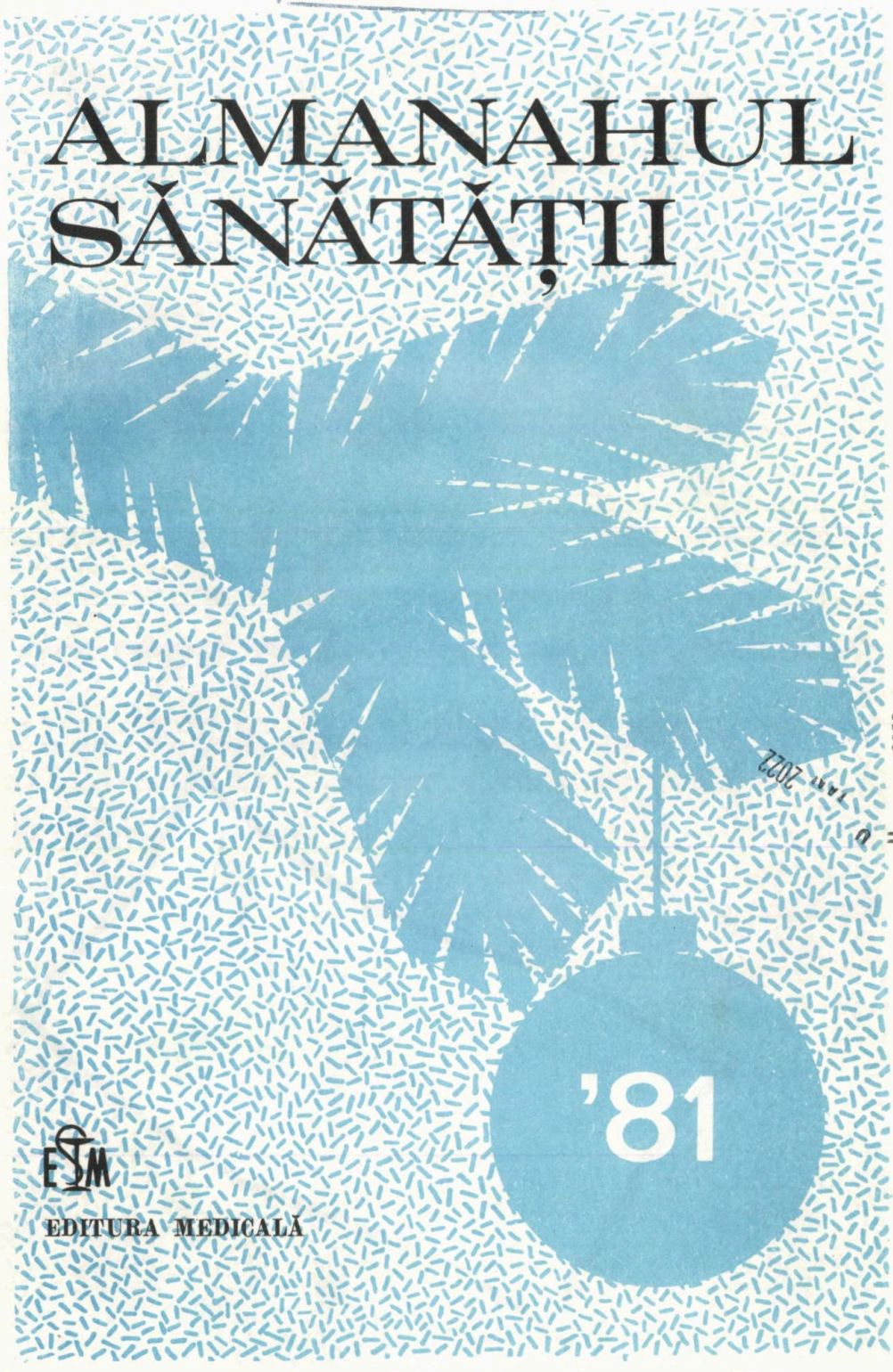
AU COLABORAT:

DR. **D. ALEXIANU**, DR. **ELENA BARNEA**, CONF. DR. **M. BARNEA**, CONF. DR. **AL. BĂDĂNOIU**, DR. **AL. BASACOPOL**, DR. **I. BĂNACU**, PROF. DR. DOC. **ȘT. BERCEANU**, DR. **ELENA BERLESCU**, DR. **OLGA BOBOC**, DR. **GH. BOBOC**, DR. **GH. BUCUR**, DR. **B. CÂRSTOCEA**, **ANDREI CIURUNGA**, DR. **FL. COLONAȘ**, DR. **N. CONSTANTINESCU**, FARM. **LUDMILA COSMOVICI**, CONF. DR. DOC. **M. COTRĂU**, DR. **C. CRISTEA**, DR. **N. CRIȘAN**, DR. **C. DANIEL**, DR. **ADRIANA DECULESCU**, DR. **AL. DOBRE**, DR. **ANCA DRĂGOI**, CONF. DR. **AL. DUMINICĂ MOISESCU**, CONF. DR. **C. DUMITRESCU**, DR. **GH. GHEORGHE**, DR. FARM. **EM. GHEORGHIU**, DR. DOC. **I. GHERMAN**, DR. **N. GORUN**, CERCET. **HORST HANN**, DR. **O. IENIȘTEA**, BIOL. **DOINA IOAN**, CONF. DR. **AL. IOAN**, DR. **C. P. IOANID**, DR. **I. JOCU**, DR. **LAZĂR LUCIAN**, **T. MARICARU**, DR. **ILEANA MARINOV**, DR. **C. MAXIMILIAN**, **D. C. MAZILU**, DR. **SANDA MĂGUREANU**, DR. **MADELEINE MĂICĂNESCU GEORGESCU**, PROF. DR. **S. MĂNESCU**, DR. **VL. MIHĂILESCU**, CONF. DR. **ȘT. MILEA**, DR. **ȘT. MILICESCU**, PROF. DR. DOC. **I. MINCU**, CONF. DR. **GH. MOGOȘ**, DR. **S. MUNTEANU**, **GIUSEPPE NAVARRA**, PROF. DR. **R. NESTOR**, DR. **S. NICOARĂ**, PROF. DR. **M. OLTEANU**, DR. **CARMEN OPROIU**, DR. **R. OZUN**, DR. **M. PASCU**, CONF. DR. DOC. **CORNELIA PĂUNESCU**, **V. D. POPA**, DR. **EM. POPESCU**, DR. **OCT. POPESCU**, CONF. DR. **P. POPESCU**, DR. **M. RIȘCĂ**, DR. **RODICA RIȘCĂ**, DR. **D. SDROBICI**, **ADAM STOICA**, DR. **GH. STOICESCU**, DR. **MARIETA STOICESCU**, **ILEANA ȘERBĂNESCU BERAR**, **PAUL ȘTEFĂNESCU**, **GABRIEL TEODORESCU**, DR. DOC. **AL. TRESTIOREANU**, **J. UDRESCU**, DR. **G. UNTEANU**, PROF. DR. DOC. **M. VOICULESCU**, **I. VULPESCU**, **G. ZARAFU**.

I 11063

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII

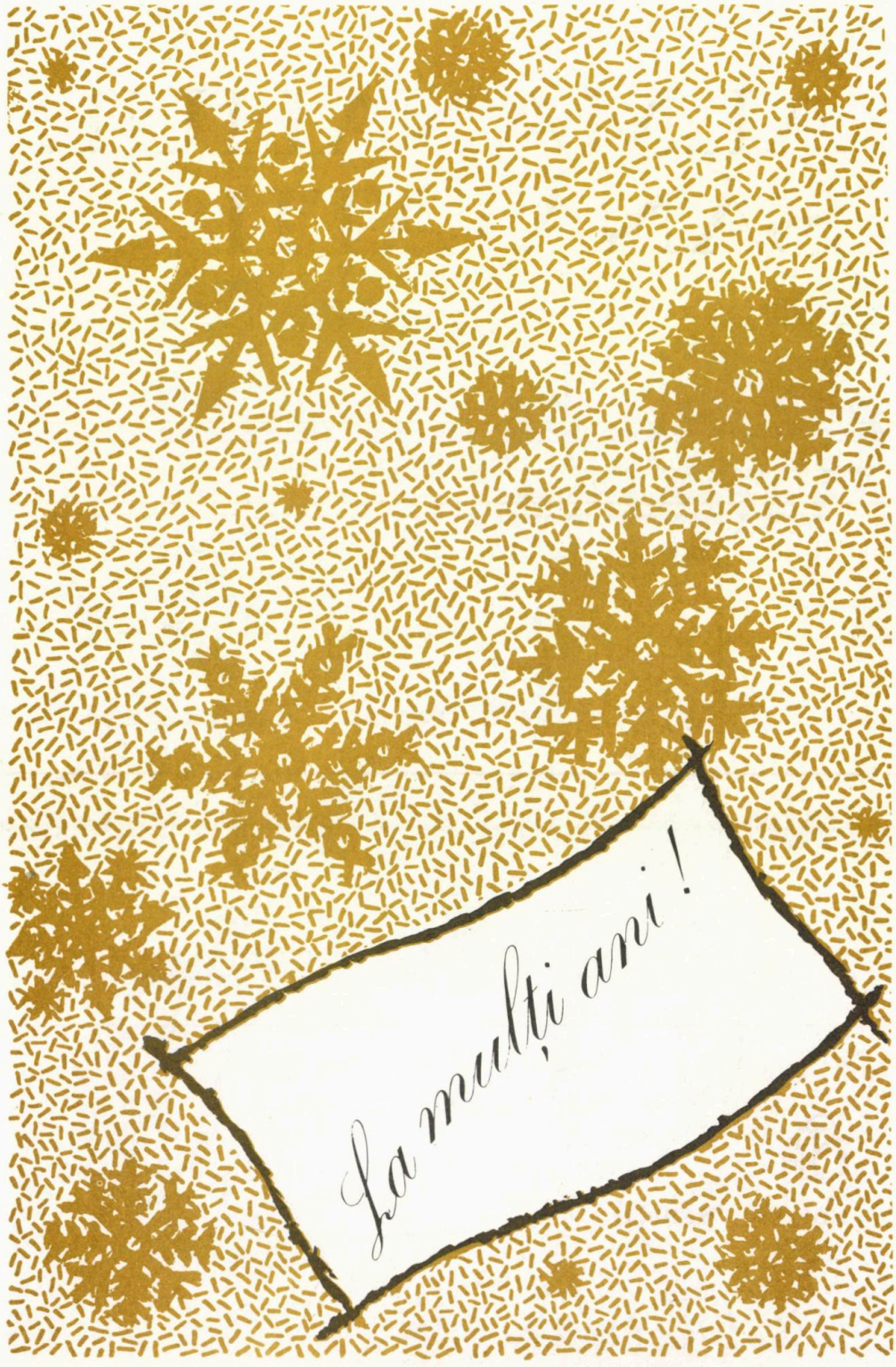


'81

EDITURA MEDICALĂ

32576

IAN 2022


La mulți ani !

TOVARĂȘUL **NICOLAE CEAUȘESCU**
SECRETAR GENERAL AL PARTIDULUI COMUNIST ROMÂN,
PREȘEDINTELE REPUBLICII SOCIALISTE ROMÂNIA

din cuprins:

- OMUL, CREAȚIE ȘI CREATOR AL MEDIULUI SĂU DE VIAȚĂ.
- DUREREA ÎȘI DEZVĂLUIE TAINELE.
- NOI DIMENSIUNI ALE GENETICII MEDICALE.
- ZGOMOTUL URBAN ȘI INFLUENȚELE LUI ASUPRA SĂNĂTĂȚII.
- ELECTRICITATEA ATMOSFERICĂ, FACTOR DE MEDIU CU SEMNIFICAȚIE PENTRU SĂNĂTATEA ORGANISMULUI UMAN.
- POATE FI INFLUENȚATĂ APARIȚIA ȘI EVOLUȚIA ARTERITEI PRIN MODUL DE VIAȚĂ ?
- ALIMENTAȚIA ȘI PREVENIREA ATEROSCLEROZEI.
- COLABORAREA DINTRE MEDIC ȘI BOLNAV, FACTOR ESENȚIAL ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL BOLILOR CARDIOVASCULARE.
- HIPERTENSIVUL ȘI MEDICUL.
- MEDICINA CONTEMPORANĂ ȘI BOLILE VARICOASE.
- ALCOOLUL ȘI INIMA.
- FIBRELE VEGETALE ȘI SĂNĂTATEA.
- COLECISTITELE CRONICE NELITIAZICE.
- DISPEPSIA.
- ALIMENTAȚIA RAȚIONALĂ ÎN PATOLOGIA DIGESTIVĂ.
- BALNEOFIZIOTERAPIA ȘI RECUPERAREA MEDICALĂ.
- CONCEPȚII NOI ÎN PREVENIREA ȘI TRATAMENTUL DIABETULUI.
- BRONȘITA CRONICĂ.
- ASTMUL BRONȘIC.
- OTRĂVURILE MEMORIEI.
- ABUZURI CONTEMPORANE.
- FOLOSIREA ABUZIVĂ A ANTIBIOTICELOR.
- ABUZUL DE MEDICAMENTE ÎN REUMATOLOGIE.
- ALIMENTAȚIA BOLNAVULUI REUMATIC.
- ALIMENTAȚIA VIITOARELOR MAME.
- ÎNGRIJIREA COPILULUI PREMATUR.
- EFECTELE DĂUNĂTOARE ALE ALCOOLULUI ȘI TUTUNULUI ASUPRA FĂTULUI.
- CUNOAȘTEM TOTUL DESPRE CREȘTEREA ÎN ÎNĂLȚIME ?
- CRIZA ADOLESCENȚEI — FENOMEN NORMAL SAU PATOLOGIC ?
- CUM PREVENIM SURMENAJUL LA TINERI.
- ESTE TINEREȚEA O VÎRSTĂ FĂRĂ PROBLEME ?
- DEFICIENȚELE OCULARE LA COPIL.
- OCHIUL ȘI INFECȚIILE DE FOCAR.
- O AFECȚIUNE FRECVENTĂ — AMIGDALITA.
- STRABISMUL LA COPIL.
- GLAUCOMUL.
- CROMOZOMUL CRIMEI.
- HORMONI NATURALI ȘI HORMONI SINTETICI.
- COMPORTAMENTUL SEXUAL UMAN NORMAL.
- AFECȚIUNILE DISTROFICE ALE SÎNILOR.
- TUMORILE SÎNULUI.
- ANEXITELE CRONICE.
- CANCERUL INTESTINULUI GROS.
- ACUPUNCTURA — O METODĂ MEDICALĂ MEREU ACTUALĂ.
- CE TREBUIE ȘI CE NU TREBUIE FĂCUT ÎN ARSURI.
- ASPECTE PSIHOLOGICE ALE PROTEZATULUI DENTAR.
- COOPERAREA MEDIC-PACIENT ÎN TERAPIA ANOMALIILOR DENTO-MAXILARE.
- PREJUDECĂȚI ÎN EPILEPSIA INFANTILĂ.
- DREPTUL LA LONGEVITATE
- BOLILE PROSTATEI LA VÎRSTNICI.
- ENTORSELE.
- TEHNICA AUTOEXAMINĂRII SÎNILOR — METODĂ EFICIENTĂ PENTRU DEPISTAREA PRECOCE A FORMAȚIUNILOR TUMORALE.
- GLUME, ANECDOTE, EPIGRAME, JOCURI REBUSISTE.

CALENDAR 1981

IANUARIE					FEBRUARIE				
L		5	12	19 26	L	2	9	16	23
M		6	13	20 27	M	3	10	17	24
M		7	14	21 28	M	4	11	18	25
J	1	8	15	22 29	J	5	12	19	26
V	2	9	16	23 30	V	6	13	20	27
S	3	10	17	24 31	S	7	14	21	28
D	4	11	18	25	D	1	8	15	22

MARTIE						APRILIE					
L	2	9	16	23	30	L		6	13	20	27
M	3	10	17	24	31	M		7	14	21	28
M	4	11	18	25		M	1	8	15	22	29
J	5	12	19	26		J	2	9	16	23	30
V	6	13	20	27		V	3	10	17	24	
S	7	14	21	28		S	4	11	18	25	
D	1	8	15	22	29	D	5	12	19	26	

MAI						IUNIE					
L		4	11	18	25	L	1	8	15	22	29
M		5	12	19	26	M	2	9	16	23	30
M		6	13	20	27	M	3	10	17	24	
J		7	14	21	28	J	4	11	18	25	
V	1	8	15	22	29	V	5	12	19	26	
S	2	9	16	23	30	S	6	13	20	27	
D	3	10	17	24	31	D	7	14	21	28	

IULIE						AUGUST					
L		6	13	20	27	L	3	10	17	24	31
M		7	14	21	28	M	4	11	18	25	
M	1	8	15	22	29	M	5	12	19	26	
J	2	9	16	23	30	J	6	13	20	27	
V	3	10	17	24	31	V	7	14	21	28	
S	4	11	18	25		S	1	8	15	22	29
D	5	12	19	26		D	2	9	16	23	30

SEPTEMBRIE						OCTOMBRIE					
L		7	14	21	28	L		5	12	19	26
M	1	8	15	22	29	M		6	13	20	27
M	2	9	16	23	30	M		7	14	21	28
J	3	10	17	24		J	1	8	15	22	29
V	4	11	18	25		V	2	9	16	23	30
S	5	12	19	26		S	3	10	17	24	31
D	6	13	20	27		D	4	11	18	25	

NOIEMBRIE						DECEMBRIE					
L	2	9	16	23	30	L		7	14	21	28
M	3	10	17	24		M	1	8	15	22	29
M	4	11	18	25		M	2	9	16	23	30
J	5	12	19	26		J	3	10	17	24	31
V	6	13	20	27		V	4	11	18	25	
S	7	14	21	28		S	5	12	19	26	
D	1	8	15	22	29	D	6	13	20	27	

CALENDAR 1982

IANUARIE					FEBRUARIE				
L		4	11	18 25	L	1	8	15	22
M		5	12	19 26	M	2	9	16	23
M		6	13	20 27	M	3	10	17	24
J		7	14	21 28	J	4	11	18	25
V	1	8	15	22 29	V	5	12	19	26
S	2	9	16	23 30	S	6	13	20	27
D	3	10	17	24 31	D	7	14	21	28

MARTIE						APRILIE					
L	1	8	15	22	29	L		5	12	19	26
M	2	9	16	23	30	M		6	13	20	27
M	3	10	17	24	31	M		7	14	21	28
J	4	11	18	25		J	1	8	15	22	29
V	5	12	19	26		V	2	9	16	23	30
S	6	13	20	27		S	3	10	17	24	
D	7	14	21	28		D	4	11	18	25	

MAI						IUNIE					
L	3	10	17	24	31	L		7	14	21	28
M	4	11	18	25		M	1	8	15	22	29
M	5	12	19	26		M	2	9	16	23	30
J	6	13	20	27		J	3	10	17	24	
V	7	14	21	28		V	4	11	18	25	
S	1	8	15	22	29	S	5	12	19	26	
D	2	9	16	23	30	D	6	13	20	27	

IULIE						AUGUST					
L		5	12	19	26	L	2	9	16	23	30
M		6	13	20	27	M	3	10	17	24	31
M		7	14	21	28	M	4	11	18	25	
J	1	8	15	22	29	J	5	12	19	26	
V	2	9	16	23	30	V	6	13	20	27	
S	3	10	17	24	31	S	7	14	21	28	
D	4	11	18	25		D	1	8	15	22	29

SEPTEMBRIE						OCTOMBRIE					
L		6	13	20	27	L		4	11	18	25
M		7	14	21	28	M		5	12	19	26
M	1	8	15	22	29	M		6	13	20	27
J	2	9	16	23	30	J		7	14	21	28
V	3	10	17	24		V	1	8	15	22	29
S	4	11	18	25		S	2	9	16	23	30
D	5	12	19	26		D	3	10	17	24	31

NOIEMBRIE						DECEMBRIE					
L	1	8	15	22	29	L		6	13	20	27
M	2	9	16	23	30	M		7	14	21	28
M	3	10	17	24		M	1	8	15	22	29
J	4	11	18	25		J	2	9	16	23	30
V	5	12	19	26		V	3	10	17	24	31
S	6	13	20	27		S	4	11	18	25	
D	7	14	21	28		D	5	12	19	26	

editorial '81

SĂNĂTATEA ŞI CALITATEA VIEŢII

„Minuni mai mari ca omul nu-s"
SOFOCLE

Păşim cu bucuria muncii şi a împlinirilor peste ultimele clipe ale anului 1980 şi începem un an nou, care, în mod fericit, coincide cu preludiul cincinalului 1981–1985 – o etapă importantă în care dezvoltarea economico-socială a ţării, proiectată în documentele Congresului al XII-lea al Partidului, va cunoaşte o nouă dimensiune. A devenit o tradiţie ca la hotarul dintre ani să se facă bilanţuri, să se stabilească noi obiective, iar fiecare sector în parte să-şi analizeze cu răspundere rezultatele şi perspectivele.

În galeria publicaţiilor care apar şi care se constituie în adevărate enciclopedii de fiecare An Nou, o prezenţă aşteptată, interesantă şi necesară în educaţia şi cultura populaţiei, este şi „Almanahul sănătăţii", care se caracterizează, în primul rînd, prin abordarea unei problematici specifice, an de an îmbogăţindu-şi aria de informare cu tot mai diverse aspecte şi soluţii din şi pentru practica medicală, noutăţi de ultimă oră în medicină, sfaturi, îndemnuri pentru sănătatea oamenilor. Cel mai important lucru însă pe care îl face această carte de înţelepciune este orientarea ei şi a tematicii pe care o abordează spre apărarea şi păstrarea sănătăţii, spre dezvoltarea convingerilor şi atragerea oamenilor – cu argumentele ştiinţei – că ei pot şi trebuie să participe, prin mijloacele naturale pe care le au la îndemînă, la apărarea propriei sănătăţi. Vechea înţelepciune arabă ne-a lăsat moştenire celebra maximă : „De două lucruri preţioase îşi bate joc omul cînd le are : tinereţea şi sănătatea" – adevăr ce traversează timpul, rămînînd actuală şi azi. Este actuală pentru că şi azi, pe planeta noastră, mai sînt oameni care cer zeilor sănătate, fără să ştie că stă în puterea lor s-o păstreze. Dar înainte de toate este necesar să arătăm, prin cifre şi fapte, prin obiective şi rezultate, tot ce s-a făcut pentru om, pentru păstrarea tinereţii şi sănătăţii lui.

Almanahurile precedente au oglindit, cum era şi normal, realizările obţinute şi au prezentat obiectivele mai principale care stau în faţa medicinii noastre actuale. În acest cadru şi editorialele : „Medic – om şi cetăţean", „Medicul de azi, medicina de mîine" şi „Mutatis mutandis", care au deschis paginile „Almanahului sănătăţii" din ultimii trei ani, au încercat să prezinte tocmai aceste mutaţii deosebite care s-au produs, la noi, în domeniul sanitar. Sănătatea este un drept inalienabil al omului de azi şi ea comportă eforturi mari din partea societăţii şi devotament nemărginit din partea personalului sanitar. Iată de ce un bilanţ, oricît de sintetic ar fi, nu poate omite ceea ce concură esenţial la sănătate şi la calitatea vieţii – acele trăsături care le definesc în ultima instanţă.

Actul de importanţă istorică de la 23 August, cînd s-a înfăptuit eliberarea naţională şi socială a patriei noastre, a însemnat şi pentru medicină, pentru ocrotirea sănătăţii, începutul unei epoci, care s-a înscris în preocupările centrale ale politicii partidului şi statului şi a devenit, în acelaşi timp, o obligaţie juridică şi morală pentru personalul sanitar.

Este unanim recunoscut că în domeniul medicinii au avut loc schimbări importante şi ele se datoresc, în primul rînd, progresului economico-social, dezvoltării ştiinţei şi tehnicii, preocupărilor care au existat şi există pentru ca asistenţa şi prestaţiile medicale să corespundă cerinţelor actuale. Cuvîntul de medicină, care derivă de la latinescul „medicina", înseamnă arta şi ştiinţa de a preveni boala, de a uşura suferinţele, de a tămădui, şi ea constituie una din cele mai nobile îndeletniciri puse în slujba omului.

Aşadar, medicina a avut dintotdeauna o misiune precisă : aceea de a preveni, în primul rînd, boala. Ce poate fi mai nobil şi mai uman decît adevărul şi, mai ales, faptele care-l consacră pe medic ca slujitor al sănătăţii ! El a depus nemuritorul jurămînt hipocratic şi odată cu el s-a dedicat celebrului aforism „Primum non nocere", adică să nu vatăme, să nu facă mai rău în activitatea pe care o desfăşoară.

Statistic apreciind, dar mai ales cîntărind cu discernămînt medical înfăptuirile, în cincinalul 1976–1980 s-a acționat pentru realizarea cadrului general, care să permită progrese în ceea ce privește baza materială și de cadre a rețelei sanitare, o evoluție favorabilă a indicatorilor demografici și ai stării de sănătate. Investițiile, elemente fundamentale pentru dezvoltare în orice domeniu, au cunoscut și în ocrotirea sănătății creșteri semnificative an de an, ajungînd de la o medie anuală de 400 milioane, cît a fost în cincinalul 1961–1965, la peste 2 miliarde, în cincinalul pe care-l încheiem (1976–1980), creîndu-se cele mai bune condiții pentru dezvoltarea armonioasă și echilibrată a bazei materiale destinate sănătății în profil teritorial, precum și lărgirii și diversificării acțiunilor în acest deosebit de important sector al activității umane. Dacă întoarcem filele anilor, cifrele sînt concludente : în cincinalul 1951–1955 exista o medie anuală de aproximativ 200 milioane lei, pentru ca în cursul cincinalului 1976–1980 să depășim 13 miliarde lei destinate exclusiv sănătății. Iată motivul pentru care astăzi, cînd trecem pragul anului 1980, putem vorbi cu deplină satisfacție că cele peste 190 000 de paturi amplasate în 412 spitale, 415 dispensare-policlinici, circa 5 600 dispensare medicale în comune, orașe și întreprinderi, din care aproape 3 000 în mediul rural, reflectă, mai mult decît vorbele, aplicarea consecventă a unei politici umane. Dar cum era și firesc, s-a asigurat concomitent și încadrarea cu personal sanitar, România avînd acum peste 38 000 medici, 7 000 stomatologi, peste 6 000 farmaciști, precum și circa 131 000 personal mediu sanitar.

Este limpede că anul 1980 a continuat acțiunile inițiate în anii precedenți în domeniul ocrotirii sănătății, acțiuni strîns legate de cerințele concrete ale populației, al căror bilanț pe ansamblu este, fără îndoială, apreciat pozitiv. Principalele aspecte demografice și ale stării de sănătate – așa cum era și normal – s-au îmbunătățit în comparație cu situația din 1979. S-a redus mortalitatea generală (astăzi este jumătate față de trecut), mortalitatea infantilă a scăzut de aproape 7 ori, în 1980 fiind cea mai redusă din istoria țării. Dacă în 1938 aceasta atingea 180‰, în prezent ea a scăzut sub 30, procent în continuă reducere. De asemenea, a continuat să scadă morbiditatea prin unele boli altădată de temut, printre care se numără, în primul rînd, tuberculoza și o serie de boli transmisibile, unele dintre ele fiind azi eradicate. Îmbunătățirea condițiilor de muncă și de viață, igiena și respectarea măsurilor de protecția muncii au condus – era și firesc – la scăderea, în continuare, a incapacității temporare de muncă. Aceste rezultate au la bază intensificarea măsurilor de apărare a sănătății și de prevenire a îmbolnăvirilor, combaterea cu mai multă fermitate a factorilor nocivi pentru sănătate atît de la locurile de muncă, cît și din mediul ambiant.

Sîntem în stadiul în care medicina atît prin baza materială de care dispune, prin rezultatele obținute, cît mai cu seamă prin marile resurse și posibilități umane de care dispune, poate și trebuie să obțină rezultate și mai bune. Iată pentru ce măsurile stabilite pentru anul 1981 sînt concentrate spre dezvoltarea activităților profilactice, supravegherea condițiilor de muncă, de viață și odihnă, spre perfecționarea formelor organizatorice pentru creșterea accesibilității populației la îngrijiri medicale ambulatorii și spitalicești, spre ridicarea permanentă a calității actului medical. În același timp, se pune un accent deosebit pe creșterea condițiilor optime necesare pentru dezvoltarea armonioasă a tinerei generații, pe măsuri tot mai bine organizate și complexe de apărare și întărire a sănătății mamei și copilului, pe extinderea și perfecționarea mijloacelor de supraveghere activă a nou-născutului, copilului mic, elevilor și studenților. Se știe bine că numai o populație sănătoasă și viguroasă reprezintă premisa esențială a progresului continuu al societății noastre.

Aplicarea consecventă în viață a hotărîrilor Congresului al XII-lea, pentru asigurarea unui spor demografic corespunzător și pentru o proporție optimă în structura populației, incumbă pentru toți obligația să acționăm în direcția stimulării natalității, pentru o mai bună organizare a maternităților, atît ca bază materială, cît și din punct de vedere profesional. Măsuri speciale corespunzătoare se impun pentru femeile și tinerii care lucrează în producție. În strînsă legătură cu aceste obiective, se vor lărgi acțiunile de educație și cultură sanitară, se vor înlătura factorii de poluare din mediul ambiant, se vor

asigura şi menţine condiţii igienico-sanitare corespunzătoare în unităţile de copii şi şcolari, se va pune accent pe o viaţă cumpătată, pe combaterea deprinderilor nesănătoare (alimentaţie neraţională, alcoolism, fumat, sedentarism etc.) şi se va acţiona pentru creşterea natalităţii.

Viaţa şi cerinţele actuale ale oamenilor impun o preocupare sporită faţă de creşterea randamentului tuturor unităţilor sanitare, pentru gospodărirea şi eficienţa bazei materiale pe care o avem la dispoziţie, pentru utilizarea cît mai raţională a aparaturii medicale, precum şi pentru asigurarea corespunzătoare cu medicamente a populaţiei. Se ştie că şi în acest cincinal se vor da în folosinţă încă 15 000 de paturi de spital, crescîndu-se în continuare capacitatea şi confortul pentru cei bolnavi, calitatea actului medical. În interesul oamenilor muncii trebuie să întărim răspunderea şi simţul gospodăresc pentru valorificarea şi protecţia factorilor naturali de cură, importante surse de sănătate, din care fac parte : plantele medicinale, apele minerale, lacurile şi nămolurile terapeutice, alte rezerve existente în ţara noastră.

Indiscutabil că în aceste condiţii, cînd baza materială s-a dezvoltat continuu şi s-a modernizat, cînd cerinţele sănătăţii au crescut, se impun noi măsuri. Printre acestea, se va acorda o pondere însemnată pregătirii profesionale a întregului personal, valorificării integrale a capacităţii sale de muncă, creşterii contribuţiei cercetării ştiinţifice la introducerea în practică a metodelor şi mijloacelor noi de prevenire, investigaţie, tratament şi recuperare. În acelaşi timp, trebuie intensificate acţiunile pentru întărirea ordinii şi disciplinei în toate unităţile sanitare, pentru creşterea solicitudinii faţă de populaţie şi prevenirea lipsurilor în îngrijirea bolnavilor, urmărindu-se permanent dezvoltarea spiritului de echipă, a unui climat de muncă sănătos şi de combatere a oricăror abateri de la etica profesională.

În antichitate exista obiceiul ca medicii să nu fie retribuiţi dacă se îmbolnăveau oamenii. Desigur că practica medicală era cu totul alta atunci, după cum şi noţiunile de etică şi responsabilitate de atunci s-au schimbat pe parcursul timpului. De fapt, viaţa se schimbă permanent şi odată cu ea şi oamenii, şi obiceiurile. Permanent rămîne însă scopul, iar în cazul medicinii omul, căruia noi trebuie să-i acordăm toată atenţia, să-i consacrăm întreaga existenţă, toată capacitatea noastră de muncă.

În ultimele decenii se remarcă o ameliorare a stării de sănătate în lume, atît prin scăderea morbidităţii prin boli acute infecţioase şi parazitare, cît şi printr-o diminuare a mortalităţii generale şi infantile. Nu acelaşi lucru însă se constată în cazul bolilor cronice şi degenerative, dintre care unele (bolile cardiovasculare, cancerul, diabetul şi alte boli de nutriţie) au o incidenţă, prevalenţă şi mortalitate deosebit de ridicate şi manifestă o tendinţă de creştere continuă. Orientarea clasică, de tip curativist, în care bolnavul se adresează medicului doar atunci cînd boala este manifestă, într-un stadiu de obicei avansat sau cînd apar complicaţiile, în care caz intervenţia medicului şi a medicinii sînt pasive, desfăşurîndu-se doar în unităţile spitaliceşti sau ambulatorii, nu poate rezolva, controla sau preveni aceste boli. Aplicarea şi respectarea principiilor medicinii preventive, în care starea de sănătate şi de boală sînt abordate concomitent şi complex, prin prisma stării de sănătate a colectivităţilor umane şi nu numai a individului, poate oferi o bază reală şi eficientă pentru abordarea ştiinţifică a conceptului preventional. Orientarea preponderentă a activităţii medico-sanitare spre depistarea fazelor incipiente ale bolilor, stadii reversibile şi accesibile, în cadrul unui plan de prevenire, dar şi perfecţionarea metodelor de profilaxie secundară şi de recuperare vor influenţa hotărîtor morbiditatea, mortalitatea şi invaliditatea, datorite acestor îmbolnăviri. Integrarea programelor de sănătate pe termen lung, de prevenire şi combatere a principalelor boli cronice şi degenerative în sistemele şi structurile sanitare existente, începînd de la asistenţa medicală de bază, reprezintă în etapa actuală un deziderat ştiinţific şi social, o obligaţie morală şi profesională.

Aplicarea planurilor de perspectivă, în care bolile cronice sînt reconsiderate şi abordate ca probleme prioritare de sănătate publică, impun antrenarea, în egală măsură, atît a reţelei sanitare, cît şi a populaţiei.

Este de menționat și reamintim, în același timp, că la Consfătuirea de cardiologie pe țară, care s-a ținut în toamna anului 1980 la Tg. Mureș, s-au stabilit noi măsuri pentru aplicarea programului în domeniul bolilor cardiovasculare și, în special, pe linia cardiologiei preventive și reabilitării, sarcină prioritară indicată de însuși secretarul general al partidului nostru, tovarășul Nicolae Ceaușescu, și prevăzută în documentele Congresului al XII-lea al partidului.

În perioada care a urmat celui de-al doilea război mondial, de pe lista bolilor grave au dispărut unele, iar locul lor a fost ocupat de altele. Țările dezvoltate, în special, au cunoscut această răsturnare în morbiditate și mortalitate, o furtunoasă creștere a incidenței și, în special, o explozie a bolilor cardiovasculare și a celor canceroase. Indiscutabil însă, că în geneza bolilor de astăzi e. stă mari deosebiri față de trecut. Cu decenii în urmă, acestea erau produse, în majoritate, de microbi și aveau o evoluție acută ; în prezent, acestea au în general un caracter cronic, cu evoluție lentă, cu simptomatologie ascunsă și sînt întreținute în multe cazuri de factorii de mediu în care trăiește și muncește omul.

În ultima jumătate de secol, civilizația modernă a adus importante mutații în structura socială, ea a pus la dispoziția omului, în proporții mereu sporite, numeroase bunuri, condiții de confort necunoscute pînă acum, oferindu-i o viață mai ușoară și aparent mai plăcută. Dar toate acestea sînt plătite scump de omul contemporan. Iată de ce unele din aspectele menționate au schimbat înfățișarea biologiei umane, iar aceste modificări au determinat schimbări profunde în structura morbidității și mortalității generale.

Mediul înconjurător a reprezentat totdeauna un factor de sanogeneză. În mijlocul naturii, omul s-a simțit bine, s-a bucurat din plin de influența binefăcătoare a aerului atmosferic, or, tocmai de aceea trebuie să-l păstrăm curat, să-l apărăm de poluare. Noi, medicii, avem obligația de a ne ocupa de problemele legate de sănătate, deoarece ele sînt problemele societății, iar societatea se preocupă ca fiecare individ să aibă la îndemînă toate binefacerile civilizației. Dacă noi medicii nu luăm parte activă și conștientă la această viață tot mai bogată și mai plină de realizări, nu ne facem datoria nici ca oameni, și nici ca medici.

La Congresul al II-lea al consiliilor populare, prin cuvîntarea plină de conținut a secretarului general al partidului, tovarășul Nicolae Ceaușescu, care s-a adoptat ca program de muncă pentru perioada următoare, s-au deschis larg orizonturile și accesul general neîngrădit la cultură și educație, posibilitatea de afirmare a valorilor autentice, stimularea creației și talentelor adevărate. Universul spiritual al omului de azi, începînd chiar cu cei mici, este infinit mai bogat spre deosebire de ceea ce ne-a oferit nouă viața și societatea deceniului al V-lea al acestui secol zbuciumat.

„Mutatis mutandis" se spunea la cumpăna dintre anii 1979 și 1980, adică „schimbînd ce trebuie schimbat" în modul nostru de a gîndi și munci reprezintă pe mai departe obligația de a contribui la apărarea stării de sănătate a întregii societăți, la crearea unei noi calități a vieții, la formarea omului nou. Este de la sine înțeles că aceasta presupune dăruire, dorința arzătoare de perfecționare, pentru a răspunde și a corespunde menirii pe care o avem. Tocmai de aceea, noi medicii ne situăm mereu la răscrucea marilor răspunderi care ne revin, și aceasta pentru că în noi își pun speranțele și aspirațiile, în egală măsură, nu numai oamenii bolnavi, dar și cei sănătoși, deoarece în noi a investit societatea o calitate și o răspundere, ne-a dat în alb „autorizația" de a trata și vindeca, act care-ți dă dreptul, dar și obligația muncii oneste, curate și plină de dăruire pentru cel suferind.

Procedînd astfel, vei reuși să-ți fructifici însușirile și talentul, să te bucuri de viață, să lupți în fiecare clipă pentru a o apăra, în așa fel încît să poți spune oricînd că n-ai trăit în zadar.

DR. **RADU OZUN**
directorul Direcției asistenței medicale
din Ministerul Sănătății

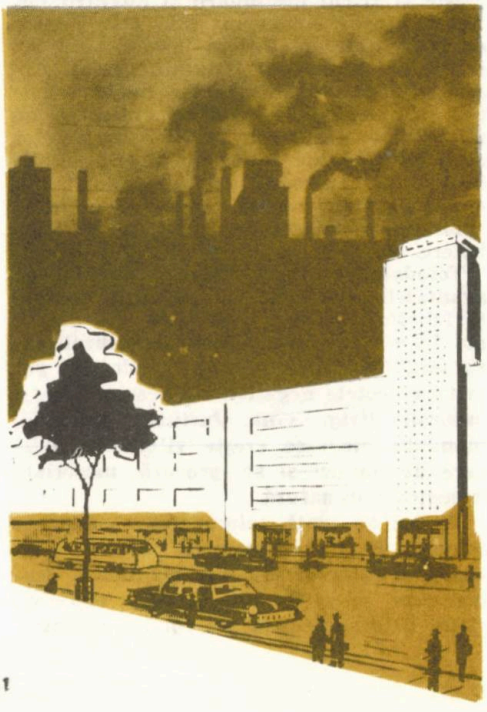
OMUL CREAȚIE ȘI CREATOR AL MEDIULUI SĂU DE VIAȚĂ

Mediul este reprezentat de totalitatea factorilor din afara oricărei ființe, care îi condiționează existența prin schimburi și influențe materiale, energetice și informaționale. Trecerea de la mediu la organism și invers se face treptat, și după cum un agent din mediu (fizic, chimic, biologic sau informațional) intervine în funcțiile organismului, influențîndu-le și modificîndu-le în mod favorabil sau defavorabil, tot astfel, elemente ale organismului sau produse ale activităților umane pot trece în mediu, modificîndu-i însușirile.

După cum se știe, viața a apărut într-un mediu favorabil, cu circa $3^1/_2$ miliarde de ani în urmă și a evoluat în milioane de forme existente pînă astăzi, ca plante și animale. Viețuitoarele nu pot exista fără legături și schimburi permanente cu mediul de viață ; aceste legături le sînt indispensabile, deoarece ființele nu reprezintă complexe materiale stabile, ci ele se caracterizează printr-o schimbare permanentă, printr-un dinamism în care mereu pătrunde ceva din mediu și mereu se evacuează ceva din organismul lor în mediu. Aceste schimburi sînt aproape egale (cu excepția perioadei de creștere), adică viețuitoarele realizează un echilibru dinamic cu mediul. Cînd ele înglobează în organism agenți ai mediului care nu le sînt favorabili desfășurării normale a funcțiilor vitale sau chiar distrug celule, țesuturi și organe, viața este amenințată sau chiar distrusă.

Este evident că echilibrul cu mediul nu poate fi realizat fără ca acesta să conțină elementele și condițiile necesare vieții. Fără îndoială că în mediu există și agenți nocivi, care pot pătrunde în organism, tulburîndu-i funcțiile. Cu alte cuvinte, mediul este un complex de factori și de agenți favorabili și nocivi, din care orice ființă selectează numai pe primii, iar dintre cei nocivi, unii se impun organismului și pătrund în corpul viețuitoarelor fără voia acestora (prin aer, apă, alimente etc.), în timp ce alții pot exista în mediu fără să influențeze.

Spre deosebire de viețuitoare, omul este nu numai o creație a mediului înconjurător, ci și creator al mediului său de viață, fapt care se traduce prin condițiile artificiale create în folosul său. Mediul de viață al omului se îmbogățește mereu cu noi produse artificiale, care se substituie chiar unor factori naturali. Orașul, acest complex organizat al mediului de viață al omului, este recunoscut astăzi ca unitate multifactorială de existență a populației umane și este analog ecosistemului în care trăiesc celelalte viețuitoare. Oamenii își organizează în mod conștient ecosisteme, a căror complexitate întrece pe aceea a altor viețuitoare. Calitatea acestora depinde de modul cum sînt respectate legile biologice ca și celelalte legi de conviețuire, cooperare și colaborare între oameni. Pe baza organizării elementelor mediului, în așa fel încît între factorii naturali și artificiali să se realizeze o îmbinare optimă, populația umană s-a înmulțit considerabil și continuă să se dubleze la un interval din ce în ce mai scurt (în prezent, aproximativ 40 de ani). Căci dacă în ecosistemul natural viețuitoarele cu organisme complexe pot să se dezvolte numai într-un număr limitat, dependent de posibilitățile de dezvoltare ale speciilor inferioare, oamenii fiind creatori ai mediu-



lui lor de viață se pot înmulți într-o proporție mult mai mare. Așa s-a ajuns ca specia umană să supraviețuiască și chiar să continue să se multiplice într-un număr ce nu poate fi asemănat cu nici o altă specie de mamifere, adaptîndu-se în aproape toate biotopurile, adică pe toate latitudinile și meridianele, iar în ultima vreme chiar în cosmos și sub apă. Căci, spre deosebire de alte viețuitoare, omul se adaptează mediului și pe cale rațională, cu ajutorul științei, tehnologiei, culturii.

Analizînd îndeaproape mediul înconjurător în care trăiesc populațiile umane și care este în bună măsură și creația lor, se constată că acesta mai poate fi perfecționat, corectat. Termenul „umanizare" înseamnă pe de o parte apropierea pînă la armonia dintre factorii mediului și biologia umană, iar pe de altă parte, organizarea ecosistemelor umane pe baze artificiale, incluzînd elemente de tehnică, cultură, artă, morală etc., astfel încît să se dea oamenilor posibilitatea de a trăi cît mai extensiv și cît mai intensiv, adică pe întreaga planetă și la un număr cît mai mare de oameni.

Condiția indispensabilă a existenței vieții o constituie natura și factorii săi componenți : aer, apă, sol, radiații naturale etc. Cu toate că în ecosistemele umane contemporane ponderea factorilor artificiali a crescut considerabil și va continua să crească în viitor, factorii naturali continuă să-și păstreze importanța. Mai mult, trebuie acordată o atenție sporită factorilor naturali, deoarece prin produsele artificiale și prin creșterea populației umane crește și riscul diminuării și alterării lor. Acest adevăr a devenit mai clar pentru omenire abia în ultima vreme, cînd s-a constatat că factorii naturali au fost degradați fără chibzuință prin unele activități tehnologice. În prezent, omenirea se află în momentul constatării consecințelor negative ale unor laturi ale revoluției științifice și tehnice și, în bună măsură, le-a evaluat extinderea și dimensiunile, luînd chiar unele măsuri de corectare, de combatere.

Totodată, omenirea este convinsă de avantajele civilizației, ale mersului înainte al tehnicii, deoarece cu ajutorul său se pot folosi mai comod factorii naturali favorabili (aer, apă, radiații, sol etc.), se pot evita aspectele negative ale acestor factori naturali (frig, vînt, furtună, canicula, inundații etc.), se crește viteza de obținere de bunuri și se procură materiale inexistente în natură.

Mediul de viață actual este, așadar, un complex de factori naturali căruia i s-au adăugat numeroși factori artificiali, despre care se spune că sporesc calitatea vieții. Printre aceștia, un rol important îl au factorii culturali, etici, estetici și psihosociali.

De aceea, mediul actual reprezintă trecerea de la mediul natural, aparținînd trecutului, la acel mediu al viitorului, care înseamnă nu numai alterarea compoziției sale, dar și reducerea unor resurse.

Sănătatea populației este determinată de modul cum oamenii știu să folosească laturile favorabile și să evite sau să combată pe cele negative ale factorilor de mediu. De asemenea, sănătatea poate fi întărită și perfecționată prin adaptare, dobîndită în urma expunerii treptate la factori naturali mai puțin favorabili. Adaptarea se obține îndeosebi la agenți fizici și biologici, și mai puțin la cei chimici. Aceștia din urmă constituie în prezent categoria de agenți etiologici care pun cele mai mari probleme populației umane, în special prin expunerea individului la un mediu alterat cu agenți chimici, proveniți din unele activități umane. De aceea, nu trebuie ignorate acele măsuri de protecție pe care fiecare individ trebuie să știe să le aplice, în vederea creării unui mediu de viață cît mai propriu sănătății.

Agenții chimici pot polua toți factorii de mediu — aer, apă, sol, alimente — și pot pătrunde în organism îndeosebi pe cale respiratorie și digestivă. După unele evaluări recente, poluanții mediului au ajuns în prezent la peste 1 milion de substanțe, numărul lor crescînd în fiecare an cu încă cîteva mii. Cantitățile poluanților eliberați în mediu în fiecare an sînt evaluate la $1,5—2\times10^{10}$ tone de pulberi și gaze evacuate în atmosferă, $3—4\times10^{12}$ tone de reziduuri lichide evacuate în rețeaua hidrografică și în oceanul mondial și $1,3—1,5\times10^{10}$ tone de reziduuri solide evacuate pe sol.

Agenții chimici pătrunși în organism pe cale respiratorie provin din procese industriale, combustii, transporturi, descompuneri biochimice datorite agenților microbieni și din alte activități umane.

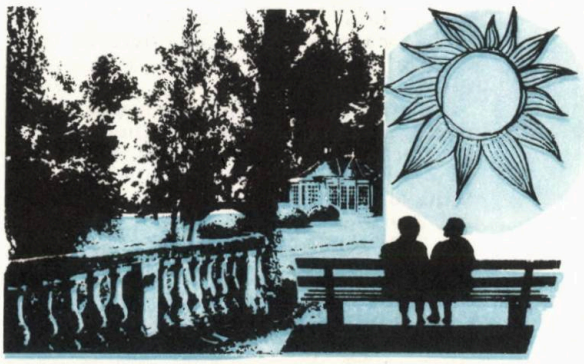
Oamenii sînt expuși unui mediu atmosferic poluat cu agenți chimici, mai ales în unele întreprinderi industriale și în mai mică măsură în localitățile urbane. Dar trebuie menționat faptul că poluarea profesională se limitează la un număr redus de oameni, iar cea urbană este, de regulă, de mică intensitate, mai ales dacă pe plan colectiv există grija pentru a o diminua și a o evita.

O altă cale de pătrundere în organism a agenților chimici este cea digestivă, în corp ajungînd substanțe provenite din sol, apă și alimente, acești factori de mediu aflîndu-se în interdependență. Dintre aceștia, apa prezintă o deosebită importanță, datorită agenților chimici pe care îi conține și care provin, de obicei, din sol. Este vorba de agenți chimici cu rol benefic, pe care apa îi conține, aducînd un aport însemnat pentru organism. Astfel, fluorul este adus prin apă în proporție de 60%, iodul, calciul, cuprul și litiul, în proporție de 20—30%.

Referitor la riscul de intoxicație prin poluanți proveniți din apă, deși deversările industriale sînt uneori însemnate, nu se pune problema unor veritabile intoxicații hidrice cu substanțe chimice. Semnalăm însă că, deși în apă concentrația lor este mică, microorganismele le pot acumula în corpul lor, apoi fenomenul continuă și la alte serii de viețuitoare, pînă la pești și păsări, care conțin în corpul lor concentrații de mii de ori mai mari, putînd să producă intoxicații la oameni. Dar riscul unor asemenea accidente preocupă în bună măsură pe cei ce se ocupă cu sănătatea publică.

Și alimentele provenite din sol pot realiza aceste concentrații, iar unele pot fi poluate în mod direct cu diferite substanțe nocive. Precizăm însă că atunci cînd acestea sînt furnizate de întreprinderi industriale autorizate, ele sînt controlate prin analize de laborator, așa după cum procedează și întreprinderile de distribuire a apei, care urmăresc să nu fie depășite standardele sanitare de puritate.

Alimentele sînt factori de mediu care contribuie, într-o bună măsură, la morbiditatea și mortalitatea populațiilor contemporane dacă consumul acestora nu este rațional : excese, lipsuri sau numai dezechilibre ale compoziției (exemplu : grăsimi și dulciuri în exces ; proteine, vitamine și săruri în carență etc.). La acestea, o mare contribuție revine cauze-



lor sociale : exploatarea colonială, subdezvoltarea. După datele OMS și FAO, în lume aproximativ 1 miliard de oameni nu se hrănesc satisfăcător, 500 de milioane duc lipsă de alimente, iar în fiecare an mor circa 25 de milioane, dintre aceștia 10 milioane sînt copii de 1—5 ani. Alimentația dezechilibrată este cauza bolilor carențiale, cardiovasculare, digestive și metabolice.

Dezechilibrele datorite agenților chimici ai mediului au la origine în mult mai mare măsură un comportament individual vicios. Astfel, în ultimele decenii consumul de tutun a crescut de 5—10 ori, ajungîndu-se în majoritatea țărilor la un procent de 40—50 la bărbați și 20—30 la femei, fenomenul fiind în continuă creștere, mai ales la femei. Alcoolismul constituie, de asemenea, un viciu cu largă răspîndire, ca și tabagismul, ambele înregistrîndu-se în special la tineri.

Rolul pe care îl au aceste substanțe toxice asupra sănătății este, dealtfel, bine cunoscut : boli cardiovasculare și pulmonare, cancer, boli digestive și afecțiuni psihice.

Factorii psihici din mediul de viață exercită, de asemenea, un rol tot mai important sub forma unor stresuri, a tensiunilor dintre oameni, iar uneori numai prin felul activității predominant intelectuale, desfășurate în condiții de sedentarism. Urmarea acestui mod de viață duce neîntîrziat la boli psihice și psihosomatice.

În ceea ce privește factorii biologici, reprezentați de microorganisme (virusuri, bacterii) și paraziți, aceștia constituie cauze de îmbolnăvire din ce în ce mai rare, ca urmare a progreselor medicale, care au redus sau chiar au eradicat multe dintre bolile induse de acestea (tifos exantematic, ciumă, holeră, variolă, poliomielită, tetanos, antrax etc.). Imunizarea în masă prin vaccinare, alături de condițiile de igienă, constituie metode de

bază în prevenirea multor boli. Dar rezultatele sînt mai puțin importante în țările în care dezvoltarea economică și socială întîrzie.

Din cele expuse rezultă că starea de sănătate a populației este influențată, în principal, de modul neadecvat de viață și de activitățile umane care alterează condițiile de ambianță în care oamenii trăiesc și muncesc.

Pentru viitor, se proiectează un mediu bazat pe materiale și energie mai puțin poluatoare, lucru posibil de realizat. Dar această orientare trebuie să fie fundamentată pe un stil de viață la baza căreia să stea cooperarea, înțelegerea, respectul reciproc și armonia dintre oameni. Și astfel, mediul de viață creat de om nu va mai fi nociv nici pentru sine, și nici pentru alții. De asemenea, se impune ca generațiile viitoare să păstreze o legătură mai strînsă cu laturile pozitive ale mediului, prin activitate fizică, viață în mijlocul naturii și cît mai departe de deprinderi nocive pentru sănătate, cum sînt fumatul și alcoolul, care fac în fiecare an mii și mii de victime omenești.

CONF. DR. *M. BARNEA*
DISCIPLINA „IGIENA MEDIULUI"
I.M.F. BUCUREȘTI

DUREREA
își dezvăluie tainele

Concepția actuală a durerii, ca o senzație distinctă cu receptori și o cale proprie de transmitere prin măduva spinării la un centru superior, talamusul, s-a dovedit simplistă și inexactă. La periferie nu există corpusculi specifici pentru durere, ci ea poate fi culeasă și de formațiuni nervoase care au altă specializare.

Admirabila, dar complexa alcătuire a corpului uman, prevăzut cu un dualism pentru oricare din funcțiile sale (exemplu : un sistem care dilată vasele și altul opus care le contractă ; hormoni secretori și antisecretori), n-ar fi admis ca o senzație atît de anormală ca durerea să nu-și aibă și replica sa — sistemul anti-durere. Existența acestuia a fost abia de curînd descoperită : este calea nervoasă care conduce senzațiile tactile. Cele două sisteme se confruntă la mai multe niveluri : primul, chiar în cornul posterior senzitiv al măduvei, astfel că mesajul dureros poate fi modificat pe toată calea ce o străbate spre encefal. În final, senzația de durere apare ca rezultat al dublei confruntări pro- și anti-durere. În lumina acestor date pot fi explicate unele tipuri enigmatice de durere : un picior amputat doare sau produce senzația penibilă de mîncărime. Durerea este, în acest caz, consecința pierderii senzațiilor tactile din teritoriul amputat, care se opun transmiterii senzației dureroase. Aceeași explicație o au parestezиile (furnicături, arsuri, amorțeli, senzații de cald, rece) în regiunile operate, datorită secționării filetelor nervoase. Aplicațiile practice n-au întîrziat să apară. Astfel, durerile pot fi atenuate prin stimulări electrice intermitente în apropierea nervilor sensibilității tactile și a cordoanelor posterioare. Intensificînd senzațiile tactile, se diminuă sau se suprimă transmiterea durerii spre centrii superiori. În

acest scop s-au construit stimulatoare de mici dimensiuni, portabile, care-şi descarcă ritmic impulsurile pe calea electrozilor fixaţi în piele. Durerile cedează repede şi efectul obţinut se menţine cîteva ore după întreruperea electrostimulării. S-au tratat cu succes nevralgia de trigemen, nevralgiile intercostale, sciatica de origine discală, durerile restante după zona zoster, ca şi durerile tumorilor maligne şi ale traumatismelor cu leziuni ale centrilor nervoşi. După elucidarea mecanismelor fiziologice au urmat cercetările care au elucidat biochimia durerii.

Descoperirile au fost neaşteptate. Organismul îşi are propriile substanţe analgezice, care, ca şi morfina, principalul alcaloid al opiului, se fixează pe anumite sectoare ale membranelor neuronale. La suprafaţa acestora s-au descoperit microstructuri specifice, denumite receptori, pe care se fixează atît analgezicele naturale, produse de organism, cît şi opiaceele extrase din plante.

Prezenţa lor la toate vertebratele arată că animalele simt durerea ca şi omul.

Densitatea acestora este maximă în regiunile nervoase superioare : talamus, nucleul caudat, ca şi în substanţa cenuşie din măduvă. Excitaţia electrică a acestor zone suprimă imediat durerea. S-a constatat că toate aceste zone conţin în cantităţi mai mari analgezicele naturale, fixate pe receptorii specifici de la suprafaţa celulelor nervoase. Din regiunea hipofizotalamică au fost izolate substanţe care, avînd însuşiri apropiate de ale morfinei, au fost numite endorfine, de la cuvintele endogen + morfină. Ele acţionează atît asupra durerilor, cît şi asupra stării afective, aducînd o stare de linişitire, satisfacţie şi indiferenţă, ca şi morfina.

În jurul cisternei cerebrale, în care ajung prin lichidul cefalorahidian, au fost descoperite alte analgezice naturale : encefalinele. Ele sînt considerate neurotransmiţătoare ale căilor nervoase, cu rolul de a micşora intensitatea durerii, care vine de la periferie la centru. În stări dureroase cronice ca, de exemplu, în nevralgia de trigemen, proporţia lor scade mult. Nu fără uimire, aceste substanţe moderatoare ale durerii au fost găsite şi în tubul digestiv, alături de receptorii specifici pentru fixarea endorfinelor. Prezenţa lor aici explică tulburările digestive din stările de nevroză, de la diareea emoţiilor la constipaţia stărilor depresive. Vechea afirmaţie „abdomenul este cutia de rezonanţă a organismului" capătă o nouă confirmare. Se înţeleg mai bine acum efectele favorabile ale unor medicamente ca Reglanul (Primperan), care acţionînd neurogen normalizează fiziologia digestivă, fiind de neînlocuit în tratamentul ulcerului gostroduodenal, diskineziei biliare şi colopatiei funcţionale. Chimia endorfinelor a amintit de alte neuropeptide foarte înrudite, date uitării : vasopresina, prolactina (hormonul lactaţiei), somatostatina (hormon inhibitor al secreţiilor hipofizare), gastrina, care stimulează aciditatea stomacului etc. S-a constatat că vasopresina sau hormonul antidiuretic are funcţii de neurotransmiţător pentru memorie. Sub vasopresină, amnezia retrogradă consecutivă comoţiilor cerebrale îşi scade mult durata, iar bătrînii îşi recapătă memoria multor evenimente uitate. S-a mai dezlegat şi misterul acupuncturii, ale cărei efecte sedative şi analgezice se datoresc stimulării secreţiei endorfinelor de către acele înfipte pe „meridianele" corpului. În acelaşi fel acţionează procedeul mai simplu al presopuncturii, adică apăsarea anumitor zone ale pielii (exemplu : în migrene şi dureri de cap, masarea regiunii suboccipitale la dreapta şi stînga liniei mediane).

Organismul uman dispune, aşadar, de un sistem perfect organizat, cu căi nervoase şi analgezice interne, datorită cărora senzaţiile dureroase care provin din mediul exterior sau din organele interne ajung mult modificate la cortexul cerebral. Aceste descoperiri vor furniza noi posibilităţi de combatere a durerii şi poate vom ajunge astfel să renunţăm la medicamentele cărora le sîntem încă tributari.

DR. **GH. STOICESCU**

noi dimensiuni ale geneticii medicale

Se ştie de cel puţin două mii de ani că fiecare individ reacţionează într-un fel cu totul particular în faţa bolii. Nimic nu ilustrează mai clar acest adevăr decît observaţia că în timpul marilor epidemii care au pustiit Europa secolelor trecute, moartea „alegea", deşi, cel puţin teoretic, riscul era acelaşi. Evident, nimeni nu ştia de ce. Vechii clinicieni numeau reactivitatea individuală, teren. Firește, termenul nu avea nici o acoperire ştiinţifică.

În primele decenii ale secolului nostru, sub influenţa geneticii se contura prima explicaţie a conceptului de teren. Se presupunea, şi ipoteza era corectă şi fascinantă, că terenul nu este altceva decît o constelaţie specifică de gene. Susceptibilitatea sau rezistenţa faţă de o boală oarecare este condiţionată de prezenţa sau absenţa unei gene sau, eventual, a unor anumite gene. Explicaţia se oprea aici, întrebarea rămînînd, în fond, fără răspuns.

Descoperirea grupelor sanguine, una dintre cele mai importante achiziţii ale medicinii moderne, a marcat începutul unei serii de cercetări, la capătul căreia se bănuia că se va găsi şi elucidarea conceptului de teren. S-a studiat frecvenţa grupelor sanguine clasice — ABO — în toate bolile cunoscute, frecvente sau relativ frecvente, de la schizofrenie, spre exemplu, la infarctul miocardic. Primele informaţii păreau să impună concluzia că anumite grupe sanguine favorizează anumite boli. Dar cercetările efectuate în toate colţurile lumii în anii care au trecut au infirmat majoritatea concluziilor. Au mai dăinuit doar cele referitoare la posibilitatea pe care o au indivizii cu grupa sanguină A de a face cancer gastric, precum şi cele referitoare la indivizii cu grupa sanguină 0, care au de 1,4 ori mai multe şanse de a face ulcer duodenal. Dar cum şi aceste asociaţii cunoşteau excepţii şi ceea ce este mai important nu se bazau pe nici o explicaţie, curînd ele au fost abandonate.

Şi totuşi, ideea de teren a continuat să frămînte lumea medicală.

SISTEMUL HLA—A

Succesul unui transplant este condiţionat de similitudinile genetice dintre donator şi receptor. Dovadă este faptul că cele mai multe succese se obţin cu transplanturile efectuate între gemeni monozigoţi, adică gemeni adevăraţi, care au aceeaşi structură genetică şi care, în tot cursul vieţii intrauterine, ca embrioni, au fost în acelaşi ou (sac amniotic). În asemenea cazuri, organismul receptor acceptă transplantul, deoarece îl recunoaşte ca pe ceva propriu organismului său, faţă de care nu are mecanisme de apărare, nu produce deci anticorpi.

Datorită dezvoltării științei imunologice, prin care organismul își păstrează integritatea individuală, luptînd împotriva agresiunii din afară care încearcă să-i strice echilibrul biologic, s-a înțeles că acceptarea sau respingerea unui organ este controlată de mai multe sisteme genetice, printre care cel mai important este sistemul HLA—A (în limba engleză human leucocyte antigens = antigene leucocitare umane A). Acest sistem, situat pe cromozomul 6, este constituit din 4 gene (A, B, C, D) și, eventual, se poate asocia și gena DR. Fiecare dintre gene există în numeroase forme alternative numite alele, fiecare alelă sintetizînd un antigen diferit de cel al celorlalte alele. Numărul posibil de combinații este imens, cel puțin 30 de milioane, și din acest punct de vedere fiecare individ este un unicat. De aceea, este lesne de înțeles de ce este atît de greu să se găsească doi indivizi compatibili.

Dar nu cumva — și întrebarea era firească — genele din sistemul HLA—A ar putea interveni și în apariția anumitor tulburări condiționate genetic, care implică participarea sistemului imun ? Rezultatele au fost nu numai abundente, dar și surprinzătoare. Purtătorii anumitor alele au uneori un risc considerabil de a dezvolta anumite tulburări. Evident, este vorba despre un risc relativ.

După datele cunoscute pînă în prezent, există trei categorii de tulburări care se asociază cu sistemul HLA—A. Este vorba despre o serie de boli ereditare sau parțial ereditare, o serie redusă de neoplazii și un grup de tulburări imunologice.

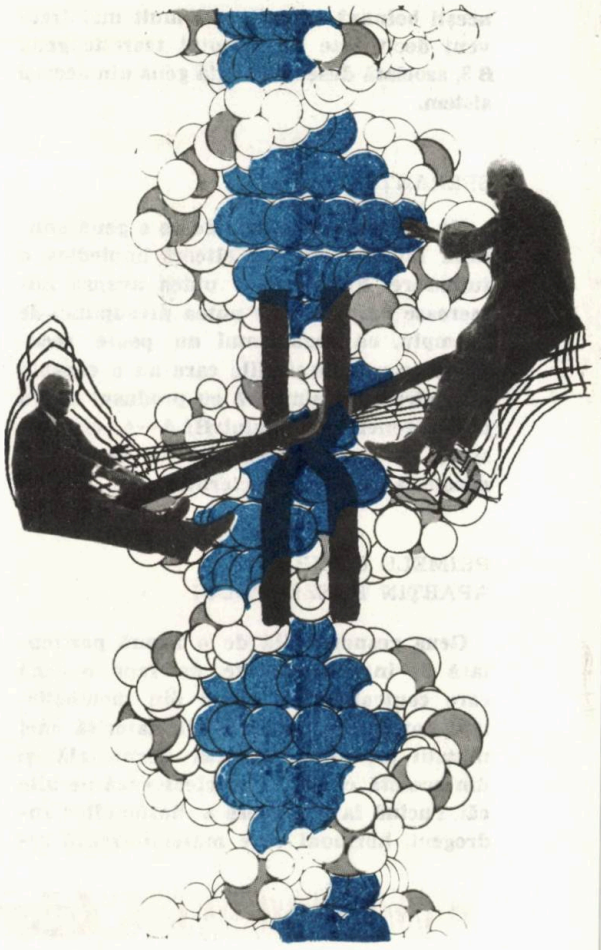
Dintre tulburările care implică și un coeficient ereditar, cea mai cunoscută este spondilita anchilozantă, o tulburare care afectează îndeosebi articulațiile sacroiliace. Originea ei este necunoscută. Se știe că apare mult mai frecvent la bărbați decît la femei. Studiul antigenelor HLA—A a scos în relief un fapt surprinzător : gena B 27 este prezentă la 90% dintre bolnavi. Pentru a înțelege semnificația acestei observații, trebuie precizat că frecvența generală a acestei gene în populațiile europene este de numai 10%, iar riscul de a dezvolta spondilită anchilozantă este de 120 de ori mai mare la purtătorii alelei specifice.

Dar la sistemul HLA—A se asociază și alte tulburări. Astfel, purtătorii antigenei Dw 3 au un risc de 25 de ori mai mare de a face boala celiacă decît indivizii cu altă alelă (aceasta este posibil la europeni).

În sfîrșit, diabetul zaharat infantil apare mai frecvent la copiii cu alelele B 8 și DRw4. După toate probabilitățile, aceste două gene favorizează infecția virotică a celulelor pancreatice, care secretă insulină.

Asocierea dintre cancer și sistemul HLA este mult mai puțin clară. Ea a fost stabilită cert la șoarece, unde există o asociere indiscutabilă între sistemul H 2 — echivalent cu sistemul HLA — A uman și leucemia indusă virotic. Descoperirea sugera că o asociere similară ar putea exista și la om. Datele nu sînt însă edificatoare. Nici una dintre tumorile maligne nu pare să se asocieze cert cu vreuna dintre genele sistemului HLA. Aceasta nu exclude însă existența unei asociații. Rămîne să fie cercetată și descoperită, dacă într-adevăr există.

Ultima categorie de tulburări care se asociază cu sistemul HLA este constituită din cîteva boli, care se disting prin prezența specifică a autoanticorpilor, a anticorpilor capabili să distrugă țesuturile propriului organism. Este vorba de diabetul infantil, pe care l-am menționat, de hipotiroidism și de un anumit tip de insuficiență a glandei corticosuprarenale. La toți



aceşti bolnavi se întîlneşte mult mai frecvent decît este de aşteptat teoretic gena B 8, asociată deseori cu altă genă din acelaşi sistem.

SPERANŢE

Nu se cunoaşte precis de ce o genă anumită favorizează sau alteori împiedică o tulburare. Firește, s-ar putea avansa numeroase ipoteze, s-ar putea presupune, de exemplu, că organismul nu poate recunoaşte corect bacteriile care au o capsulă cu o structură similară cu produsul unora dintre genele sistemului HLA—A, circumstanţe în care organismul nu mai recunoaşte ca „străine" bacteriile.

PRIMELE POSIBILITĂŢI APARŢIN PREZENTULUI

Gena responsabilă de o formă particulară de intersexualitate, de fapt o genă care controlează o etapă din metabolismul hormonilor suprarenali, datorită unei mutaţii blochează sinteza hormonală şi din această cauză ea se efectuează pe alte căi, ducînd la o creştere a hormonilor androgeni, hormoni care masculinizează organele genitale ale embrionilor feminini. Aceasta se găseşte tot pe cromozomul 6, pe acelaşi cromozom pe care se găsesc şi genele sistemului HLA—A. Tulburarea apare doar la copiii homozigoţi, la copiii care au mutaţia şi pe cromozomul matern şi pe cel patern. Părinţii care au asemenea copii sînt heterozigoţi, adică au o genă normală pe unul dintre cromozomi, iar mutaţia pe celălalt cromozom. Prin jocul întîmplării, ei pot avea copii intersexuaţi în proporţie de 25% şi copii normali în proporţie de 75%. În prezent nu există nici o cale pentru a descoperi direct, prenatal, copii anormali, cu alte cuvinte nu există posibilitatea de a stabili dacă embrionul are o structură genetică aberantă. Dar cercetînd genele HLA—A ale părinţilor, ale copiilor sănătoşi şi ale copilului intersexuat, ne permite să stabilim cu certitudine pe care cromozom se găseşte situată mutaţia, mai exact cu ce gene din sistemul HLA—A se asociază mutaţia. În cazul unui viitor copil, se va face un studiu asupra celulelor extrase din lichidul amniotic şi dacă se stabileşte că embrionul are genele asociate cu mutaţia specifică, se adoptă soluţia medicală cea mai potrivită (deocamdată întreruperea sarcinii, iar în viitor corectarea defectului genetic).

Foarte probabil că pe măsură ce se vor descoperi noi gene pe cromozomul 6 — deci şi noi mutaţii — se va extinde gama tulburărilor ereditare detectabile indirect prenatal. În plus, se preconizează determinarea sistemului HLA—A la toţi nounăscuţii. Copiii cu gene particulare, care favorizează dezvoltarea anumitor tulburări, vor fi supravegheaţi permanent şi scoşi din mediile negative.

Imunogenetica a intrat în medicină. Datorită ei a devenit posibil transplantul de organe. Dar tot ea a demonstrat că mediul are un rol important în apariţia multor tulburări.

DR. C. MAXIMILIAN, BIOL. DOINA IOAN

Interviu cu prof. dr. doc.
ANDER ZOLTAN
I. M. F. Tg. Mureş
despre:

Factorii de risc
ŞI SĂNĂTATEA

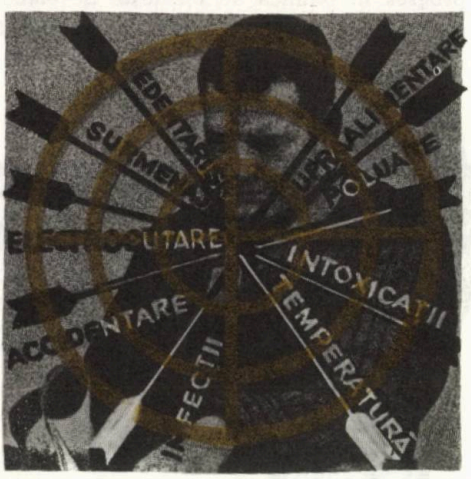
— În contextul marilor cuceriri tehnico-ştiinţifice şi al modernizării vieţii se schimbă şi comportamentul igieno-sanitar al omului atît în familie, cît şi în marile colectivităţi, atribut specific erei noastre. De aceea, cred că ar fi necesar să precizăm încă de la început ce se înţelege prin starea de sănătate fizică şi psihică în accepţiunea Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii ?

După definiţia adoptată de constituţia Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, „sănătatea este o condiţie de bunăstare fizică, psihică şi socială completă şi nu numai lipsa bolii sau a infirmităţii". Comportamentul profilactic al omului cu privire la integritatea sa corporală şi mintală, la prevenirea şi evitarea bolilor şi vătămărilor de orice fel, într-un cuvînt cu privire la sănătate, este determinat de cunoştinţele şi deprinderile sale, ce pot fi cuprinse în noţiunea de cultură sanitară. Fără dezvoltarea culturii sanitare nu este posibilă participarea eficientă a oamenilor la ocrotirea propriei lor sănătăţi. Există o cultură tehnică sanitară, realizare a civilizaţiei, a culturii materiale, prin care se pot ameliora condiţiile de muncă şi viaţă, adică starea de sănătate a oamenilor. Aşa, de exemplu, asigurarea de apă potabilă, canalizarea, îndepărtarea reziduurilor, încălzirea, ventilaţia, instalaţiile de dezinfecţie etc. Faţă de această cultură tehnică deosebim cultura sanitară propriu-zisă, ramură a culturii spirituale, care înseamnă, în primul rînd, cunoştinţe şi comportament adecvat acestora. Cultura înseamnă mai mult decît o informaţie ; ea este informaţia acceptată, însuşită şi aplicată în viaţă, în conformitate cu normele şi valorile dominante ale societăţii. În procesul de formare a culturii sanitare, informaţia se transformă în deprindere, pe baza căreia oamenii acţionează în mod conştient. Creşterea calităţii aplicării rezultatelor cercetării ştiinţifice în promovarea şi restabilirea sănătăţii este un cîştig cultural pentru toţi.

— Care sînt factorii de risc cu care se confruntă omenirea secolului XX şi în ce măsură au modificat aceştia patologia ?

— Progresele revoluţiei tehnico-ştiinţifice contemporane au dus la mecanizarea, electrificarea, chimizarea producţiei şi a vieţii în general. Alături de imensul cîştig adus societăţii, tehnica şi tehnologia nouă expun uneori la pericol şi invalidează pe omul ignorant sau neglijent, care nu respectă regulile de securitate a muncii. Aşa, de exemplu, *accidentele de circulaţie*, produse de autovehicule, ocupă azi pe glob primele locuri între cauzele de deces. În majoritatea cazurilor (circa 80%), accidentul are ca origine neglijenţa omului de la volan, fie prin nerespectarea regulilor de circulaţie, fie prin faptul că conduce obosit, bolnav, sub influenţa alcoolului sau a medicamentelor.

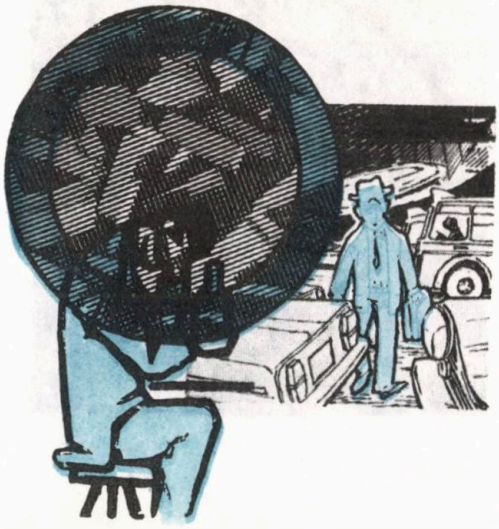
Electrocutarea, adică accidentul produs prin electricitate, este cunoscută de aproximativ 100 de ani, şi este legată de această admirabilă sursă de energie, care ne înconjură astăzi la tot pasul. Se afirmă că



după automobil, electricitatea ar fi cel mai periculos produs al civilizației. Într-adevăr, manipularea și utilizarea neatentă și nepricepută a aparatelor electrice casnice pentru iluminat, încălzit, radio-TV și altele, precum și a motoarelor, duce la accidente electrice, chiar mortale, în industrie, construcții, gospodărie. Ancheta stabilește, de cele mai multe ori, drept cauză neglijența, neștiința, lipsa de prevedere, atitudinea irresponsabilă sau chiar glume și jocuri necugetate cu această sursă de energie.

Ar fi greșit să subapreciem pericolul *poluării* prin produse chimice care, pe lîngă impurificarea aerului, solului, apei, a produselor vegetale (fructe, zarzavaturi) și animale (lapte, carne, ouă), acționează prin derivații săi toxici nemijlocit asupra individului. Multe din substanțele utilizate în industrie, agricultură, medicina umană și veterinară, cosmetică, gospodărie (detergenți, solvenți, dezinfectanți) au un important potențial toxic, punînd în pericol omul ignorant, care din neglijență sau comoditate a omis să învețe și să-și însușească modul cum se pot preveni asemenea intoxicații acute și cronice. Dar chiar și medicamentele cele mai comune (aspirina, penicilina, chinina etc.) pot produce accidente grave, în caz de sensibilitate individuală.

Exemplele amintite ilustrează adevărul că tehnica fără cultură adecvată (cunoștințe și deprinderi comportamentale) constituie un pericol pentru individ și societate. Orice invenție, inovație, realizare sau progres în tehnică se însoțește de elaborarea unor reguli chemate să ocrotească omul, al cărui interes este menit să-l servească.



Un alt exemplu de unitate a contrariilor în cadrul dialecticii dezvoltării societății în domeniul sănătății e reprezentat de „bolile civilizației", cauzate, printre altele, și de cei trei mari „S" : *sedentarism, supraalimentație, surmenaj.* Consecințele acestora — obezitatea, diabetul, hipertensiunea arterială — constituie factori de risc pentru o moarte sau o invalidare prematură. Dar la acestea se mai asociază și fumatul, creșterea consumului de alcool și al dulciurilor. Și dacă mai adăugăm predominarea oboselii nervoase față de cea musculară, zgomotul, trepidația obositoare a unor mijloace de transport, abuzul de cafea și de stimulente și medicamente, avem în față tabloul sumbru al „toxemiei vieții moderne". Toate acestea au modificat în mod vădit însăși patologia medico-legală, în care morțile subite se datoresc astăzi îndeosebi infarctului miocardic, accidentelor vasculare cerebrale prin hipertensiune arterială și tumorilor, în etiologia cărora sînt prezenți factorii de risc amintiți mai sus.

— Ce grupe de vîrstă și profesii sînt mai vulnerabile „atacului" acestor factori și ce legătură au ei cu mediul înconjurător ?

— Fiecare grupă de vîrstă și profesie prezintă specificul său în privința factorilor de risc pentru sănătate și integritate corporală. Astfel, copilul de vîrstă preșcolară e deosebit de mobil, de curios, dar fără cunoștințe și experiență proprie, fiind astfel cel mai expus accidentelor casnice (loviri, căderi, arsuri, intoxicații etc.). Oamenii adulți își asumă riscul de accidentare și îmbolnăvire profesională după domeniul activității (accidente rutiere, vătămări mecanice, intoxicații, electrocutări, aspirare de praf, variații de temperatură etc.). Dar vulnerabili devin doar acei copii care nu sînt supravegheați și acei adulți care nu respectă regulile de protecția muncii, sînt neglijenți în activitatea lor.

Între factorii de risc enumerați, mulți sînt legați de regimul de viață, de respectarea ritmului biologic al alternării repau-

sului cu odihna, de alimentaţia raţională etc. În legătură cu aceasta, o importanţă decisivă o are însuşirea culturii sanitare, a unui comportament adecvat prevenirii oricăror vătămări. Regimul de viaţă se învaţă în copilărie, se dezvoltă şi se perfecţionează prin conştientizare în tot timpul vieţii, prin dobîndirea de cunoştinţe şi însuşirea unor deprinderi legate de sănătate. Dacă acest regim de viaţă este raţional, în pas cu cuceririle ştiinţei, atunci sănătatea este promovată, perfecţionată, în timp ce un regim nesănătos de viaţă, cu abuzuri de tot felul, supraalimentaţie, lipsă de mişcare, nerespectarea ritmului biologic muncă-odihnă invalidează şi expune la o moarte precoce.

Alături de factorii legaţi de vîrstă şi profesiune, în condiţiile dezvoltării impetuoase a societăţii, apar şi alţi factori cu importante repercusiuni asupra omului contemporan. Astfel, pe plan mondial s-a constatat că, alături de sporirea potenţialului „bolilor buneistări", *urbanizarea* schimbă şi ea modul de a lucra, de a locui, de a se alimenta şi de a se recrea al omului, în special al celui venit recent din mediul rural. Nu trebuie să uităm că adaptarea nu se face fără greutăţi, ea necesită un efort conştient.

Dintre factorii nocivi larg răspîndiţi şi bine toleraţi de societatea contemporană, aş menţiona *tabagismul şi abuzul de alcool.* Aceşti inamici sînt, din păcate, omniprezenţi, uşor accesibili, în sortimente variate, oferiţi la orice ocazie şi de cele mai multe ori împreună. Deşi sînt amici nedespărţiţi, deşi conţin substanţe vătămătoare, mai ales pentru organismul tînăr, toxicologia lor este mult diferită. Pe cînd tutunul este nociv în orice cantitate, medicina recomandînd o abstinenţă totală, în legătură cu alcoolul, temperanţa, adică măsura, este poziţia preconizată de ştiinţa medicală.

Mare parte din aşa-numitele efecte „favorabile" ale alcoolului şi tutunului sînt comune, de natură subiectivă, psihologică. Paharul de alcool te „încălzeşte" prin senzaţia subiectivă care însoţeşte dilatarea vaselor. În realitate, pierderea de căldură sporeşte. Tot subiectiv este şi fumatul unei ţigarete, resimţit ca o relaxare aparentă. În realitate, sistemul nervos şi cel cardiovascular sînt excitate, biciuite, fără nici un beneficiu. Încărcarea organismului printr-o alcoolemie de 1,5‰ (corespunzătoare unei stări de beţie) este aproximativ egală cu oboseala unei nopţi nedormite. 20 de ţigări fumate într-o zi supun organismul la un efort în plus, egal cu 8 ore de mers pe bicicletă contra unui vînt slab. Cîştigul psihologic dat de aceşti „inamici toleraţi" constă numai în faptul că apropie oamenii, creează o atmosferă de relaxare şi voie bună, umple goluri în conversaţie, permite depăşirea unor momente dificile, reduce încordarea, alungă plictiseala, cu un cuvînt influenţează într-o oarecare măsură favorabil contactele sociale. Toleranţa faţă de aceşti inamici este legată de obiceiuri convenţionale vechi şi noi, adevărate ceremoniale ale fumatului şi ritualuri ale alcoolizării, în care „măsura" este adesea întrecută, periclitînd sănătatea individului şi a colectivităţii. Situaţii noi se creează azi în legătură cu accesibilitatea şi extraordinara răspîndire a acestor „inamici", inclusiv în rîndul tineretului şi al femeilor, ameninţînd atît generaţiile viitore, cît şi persoanele abstinente.

Iată deci că nu numai mediul fizic, dar şi cel social poate deveni sau promova factori de risc.

— Ce măsuri de profilaxie se recomandă pentru prevenirea lor şi care este gradul de eficienţă a educaţiei sanitare ?

— Profilaxia oricărui neajuns legat de factorii nocivi ai mediului şi de factorii de risc amintiţi care însoţesc „bolile civilizaţiei“ constituie una din principalele obiective ale politicii sanitare a partidului şi a statului nostru. În Programul partidului se menţionează : „În domeniul ocrotirii sanitare se va urmări dezvoltarea activităţii medicale preventive, ridicarea nivelului de cultură sanitară a întregii populaţii, precum şi asigurarea mijloacelor de apărare şi refacere a sănătăţii oamenilor muncii“. Noua lege sanitară acordă o pondere deosebită profilaxiei, acestui principiu unanim acceptat de medicina modernă, al cărei scop principal este sanogeneza. „Speranţa de viaţă“ a omenirii s-a dublat în ultimul secol (în ţara noastră media de viaţă depăşeşte 70 de ani), dar se pare că constituţia omului permite o longevitate care va depăşi 100 de ani, cu condiţia să nu fie tulburată de o viaţă neigienică, dezordonată, plină de excese.

Măsurile de profilaxie sînt desigur multiple, diferenţiate după natura factorilor de risc şi pot avea caracter legislativ, tehnico-economic, pedagogico-educativ sau medical propriu-zis. Dar orice măsură devine eficientă numai dacă acţionează legat de comportamentul uman adecvat. Oamenii trebuie să contribuie la apărarea propriei lor sănătăţi prin deprinderile şi cunoştinţele dobîndite, cuprinse în noţiunea de cultură sanitară.

Cultura sanitară se însuşeşte pe etape, în funcţie de vîrstă, profesiune şi de rolul şi statutul social prin care trece omul de-a lungul vieţii. Astăzi, omul este nevoit

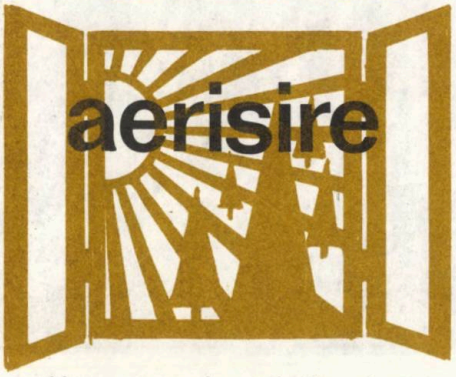
să înveţe, să-şi însuşească cunoştinţe şi deprinderi în toate domeniile, inclusiv în cel sanitar, pentru a putea ţine pasul cu rezultatele revoluţiei tehnico-ştiinţifice, cu noile condiţii de muncă şi de viaţă, cu obligaţiile şi răspunderile care apar succesiv.

Pentru a ne feri de îmbolnăviri, care apar uneori insidios, luînd aspectul unor obiceiuri şi deprinderi greşite, cel mai important lucru este preţuirea propriei sănătăţi, ca bunul cel mai de preţ. Gradul de eficienţă a educaţiei sanitare depinde de această preţuire, care constituie o motivaţie puternică ce întăreşte voinţa de a renunţa la obiceiuri greşite, la deprinderi vătămătoare şi de a ne însuşi, printr-un efort, un regim sănătos de viaţă. Fără acest efort nici cura de slăbire, nici renunţarea la fumat şi nici dezalcoolizarea nu sînt posibile.

REALIZATOR : dr. GH. M. GHEORGHE

— Ţi-am operat protejatul, Costică ! I-am scos apendicele... Ce spui ? Avea otită ? !...

— Uită-te bine, dragă : te întinzi pe masă, relaxat, sora îţi leagă mîinile...



Viața mea fiindu-mi dragă,
Eu, urmînd sfatul precis,
Am dormit o viață-ntreagă
Lîngă geamul larg deschis.

Dar cum vremea nu stă-n loc,
V-o declar, fără sfială,
C-a sosit după soroc
Epoca industrială.

Ea, cu legile-i nescrise,
Multe-n lume-a mai schimbat.
Azi țin geamurile-nchise,
Ca să am aer curat...

Nu o spun doar de la mine,
E un fapt verificat :
Pentru sănătate-i bine
Să respiri aer curat.

TEODOR MARICARU

ZGOMOTUL URBAN

ȘI INFLUENȚA LUI ASUPRA SĂNĂTĂȚII

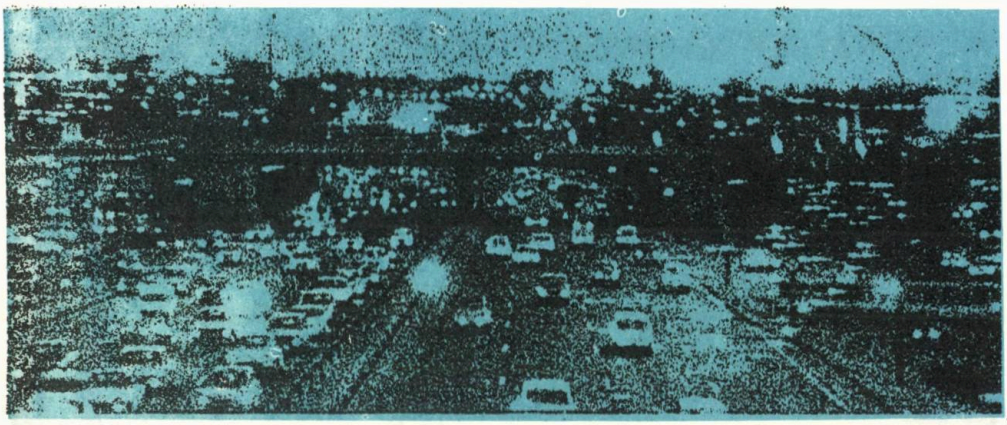
PROF. DR. **SERGIU MĂNESCU**

Omul modern este adesea nervos, obosit, fără o cauză evidentă. Unele persoane manifestă nervozitate, nu reușesc să se concentreze, sînt distrați în activitatea lor. Deși nu putem susține că în toate cazurile zgomotul ar fi singurul vinovat, este neîndoielnic că el intervine într-o mare măsură în producerea unor asemenea tulburări.

Fizicienii definesc zgomotul ca o suprapunere dezordonată de sunete cu frecvențe și intensități diferite. Se știe dealtfel că și o melodie este formată tot dintr-o succesiune de sunete, caracterizate prin intensitate și frecvență determinată. Ceea ce deosebește zgomotul de melodie este tocmai modul dezordonat în care se succed sau se suprapun sunetele care îl compun. Dar chiar și o melodie poate deveni zgomot dacă surprinde organismul într-un moment nedorit, în timpul somnului, al odihnei sau al activității intelectuale. De aceea, din punct de vedere medical, zgomot poate fi orice sunet care devine supărător.

Acțiunea nocivă a zgomotului este cunoscută de multă vreme. Poetul latin Horațiu, într-una din epistolele sale, se plînge de zgomotul pe care trebuie să-l suporte locuitorii Romei. Ulterior, Boileau în „Satirele" sale și Montesquieu în „Scrisori persane" acuză zgomotul din Parisul acelor timpuri. De atunci zgomotul orașelor a crescut continuu, ceea ce l-a făcut pe James Sully să afirme că zgomotul este apanajul civilizației. Există chiar convingerea că zgomotul este un rău necesar al vieții moderne. Eroarea este profundă, deoarece civilizația nu numai că nu trebuie să ducă la creșterea zgomotului, dar chiar trebuie să contribuie la limitarea acestuia, prin evitarea producerii și propagării sale.

Efectele dăunătoare ale zgomotului au fost cercetate prin studii sistematice, folosindu-se atît metode subiective, cît și obiective. Ele au pornit de la influența zgomotului



industrial asupra muncitorilor, urmărindu-se mai ales acțiunea sa asupra organului specific – urechea. Astfel, s-au descris surditatea profesională, ca o afecțiune constituită, și oboseala auditivă, ca semn premergător surdității.

Deși s-a susținut mult timp că numai zgomotul industrial poate afecta urechea, totuși, în ultimul timp, diverși cercetători au constatat apariția hipoacuziei la populația urbană, în general, ca și coborîrea vîrstei la care apare presbiacuzia (scăderea auzului la bătrîni, considerată, dealtfel, fiziologică).

Zgomotul însă poate afecta organismul nu numai prin pătrunderea sa pe cale auditivă, ci și pe alte căi, cum ar fi : pielea, oasele, articulațiile, mușchii etc. Sub influența zgomotului s-au pus în evidență perturbări ale activității sistemului nervos și, în primul rînd, ale creierului, prin modificări ale traseelor electrice normale și suprapunerea unora noi, perturbatoare, evidențiate prin electroencefalografie.

Sub influența zgomotului pot apărea tulburări diverse : de la oboseală precoce, dureri de cap, insomnie, irascibilitate, pînă la modificări de comportament și atitudini necorespunzătoare. Prin intermediul sistemului nervos, zgomotul acționează asupra diverselor aparate și sisteme, provocînd accelerarea bătăilor cordului și a frecvenței respirației, creșterea tensiunii arteriale, în mod deosebit a presiunii sistolice, inhibiția peristaltismului și a secreției gastrice, perturbări în eliberarea unor hormoni, mai ales ai glandei tiroide și ai glandelor suprarenale etc. Sub influența zgomotului slăbesc atenția și puterea de concentrare, rapiditatea și precizia mișcărilor, scad randamentul și productivitatea muncii, mai ales a celei intelectuale. Acțiunea îndelungată este incriminată în producerea sau în favorizarea nevrozelor, a psihasteniei, hipertensiunii arteriale, gastritei și ulcerului gastric și duodenal, colitei, diabetului, hipertiroidismului și a altor afecțiuni de cauze variate și mai puțin evidente. O deosebită importanță o are acțiunea zgomotului asupra organismului în timpul somnului, cînd totalitatea activităților fiziologice sînt reduse la minimum și cînd chiar zgomote de mică intensitate pot provoca modificări importante. Astfel, s-au constatat modificări ale circulației sîngelui la nivelul creierului, produse de zgomote reduse ca intensitate și de scurtă durată. Prin înregistrarea mișcărilor în timpul somnului, metodă denumită actografică, s-a putut constata prelungirea timpului de adormire și reducerea perioadei de somn profund, datorită zgomotului, ceea ce se traduce printr-o oboseală evidentă a organismului la trezire. Mai puțin studiată este acțiunea zgomotului asupra copiilor mici. Experiențe efectuate pe animale, ca și unele accidente produse la sugari de zgomote puternice, au evidențiat leziuni la nivelul creierului și al măduvei spinării.

Toate aceste consecințe ale zgomotului au condus la necesitatea cunoașterii cît mai exacte a surselor de zgomot din orașe, la stabilirea nivelurilor existente și a celor acceptate, cît și a măsurilor ce se impun pentru reducerea zgomotului.

Astăzi se cunosc trei mari izvoare de zgomot urban :

– zgomotul produs de întreprinderile industriale și comerciale, datorită motoarelor și agregatelor, descărcării și încărcării mărfurilor etc. ;

– zgomotul produs de mijloacele de circulație, dintre care locul principal îl ocupă vehiculele rutiere, mai ales tramvaiele, autobuzele, autocamioanele, dar și cele aeriene, feroviare și navale;

– zgomotul interior al locuințelor, datorit instalațiilor tehnico-sanitare, aparatelor și utilajelor casnice ca : aspiratorul de praf, mașina de spălat rufe, radioul și televizorul, ascensorul etc.

Două elemente caracterizează acțiunea zgomotelor asupra organismului : tăria sau forța determinată în beli (obișnuit, se folosesc submultiplii săi, decibelii) și frecvența sau înălțimea exprimată în hertzi. Cu cît un zgomot este mai puternic sau mai ascuțit, cu atît influența sa nocivă este mai mare. Determinările făcute în diverse orașe au arătat că în mod obișnuit există un zgomot continuu, de mică intensitate și joasă frecvență, denumit zgomot de fond, a cărui acțiune este în general mai redusă. Periodic însă, apar zgomote discontinue, stridente, de frecvență înaltă și tărie mare, așa-numitele zgomote acute sonore, care reprezintă de fapt elementul nociv propriu-zis.

Cercetări efectuate în marile metropole au arătat niveluri de zgomot care ating 90–95 decibeli la Paris și New York și 80–90 decibeli la Moscova și Londra. Anual, intensitatea sonoră crește în SUA cu 1 decibel. Cît de ridicate sînt aceste niveluri apare evident dacă luăm în considerație că limita admisă este de 45–50 decibeli.

O mare parte a zgomotelor exterioare pătrund în locuință, propagarea făcîndu-se atît prin aer, cît și prin materialele de construcție. La aceasta se adaugă și zgomotul interior, uneori foarte important. Determinări efectuate în interiorul locuințelor amplasate pe artere de circulație intensă au arătat niveluri de 40–60 decibeli față de 30 decibeli acceptați în încăperile de locuit.

Pentru evitarea acțiunii vătămătoare a zgomotului asupra populației s-au instituit o serie de măsuri menite să contribuie la reducerea la minimum a acestui factor nociv, determinat de dezvoltarea în ritm rapid a tehnicii și industriei moderne.

Astfel, printre măsurile de ordin urbanistic menționăm amplasarea obiectivelor industriale în afara zonei locuite, construirea unor străzi largi, cu clădiri spațiate și cît mai retrase de la artera de circulație, amenajarea zonelor verzi dintre locuințe, ceea ce împiedică propagarea zgomotului și reduce intensitatea acestuia.

O altă categorie de măsuri, cele tehnice, au în vedere pavarea străzilor, înlocuirea vehiculelor zgomotoase cu unele silențioase, utilizarea de amortizoare la motoarele cu explozie, folosirea de material fonoizolant la construcția clădirilor, etanșeizarea instalațiilor interioare ale locuințelor etc.

De asemenea, au fost instituite și o serie de măsuri administrative ca : devierea circulației grele pe artere limitrofe orașului, reglarea vitezei de circulație în oraș, interzicerea semnalizărilor sonore în anumite zone sau între anumite ore, sancționarea celor care încalcă disciplina civică etc.

Alături de toate aceste măsuri, educația sanitară a populației aduce o contribuție importantă, deoarece, cunoscînd nocivitățile zgomotului, fiecare cetățean va putea participa direct și nemijlocit la protecția propriei sănătăți.

ZGOMOTUL URBAN • ZGOMOTUL URBAN • ZGOMOTUL URBAN • ZGOMOTUL URBAN • ZGOMOTUL URBAN • ZGOMOTUL URB

CAFEAUA

Cafeaua neagră sau Marghiloman,
Și cea cu filtru, dulce sau amară,
Se cam consumă mult la noi în țară,
Și amatorii ei cresc an de an.

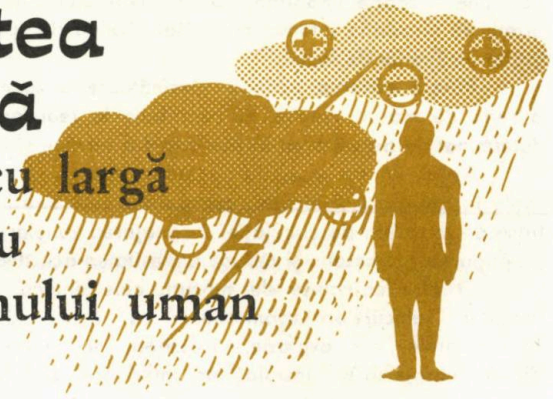
„Turceasca" este foarte populară,
Un nescafé se face în borcan,
Și la servici oricare cetățean
O soarbe pufăind dintr-o țigară.

Deși cafeaua cea aromitoare
La ulceroși e chiar dăunătoare,
Ei tot obișnuiesc să-și facă jocul,
O beau în cantități industriale,
Și culmea e, că mai găsesc cu cale
Ca să-și ghicească tot în ea... norocul !

GABRIEL TEODORESCU

Electricitatea atmosferică

factor de mediu cu largă semnificație pentru sănătatea organismului uman



ELENA BARNEA
doctor în științe medicale

Electricitatea este un factor de mediu care se găsește atît în microcosmos și în ambianța viețuitoarelor, cît și în organism. Ea se prezintă, după cum se știe, sub forma sarcinii pozitive sau negative, realizînd o mare varietate de combinații, care acționează asupra proceselor vitale ale organismului. Datorită caracterului său schimbător, cu greu se poate sesiza mecanismul de acțiune asupra organismelor vii.

Sursa cea mai puternică a electricității atmosferice este soarele, care, prin energia eliberată, imprimă o dinamică continuă diferitelor forme de manifestare a fenomenelor electrice, fapt ce rezultă din însuși caracterul permanent al activității solare, sub forma erupțiilor din cromosferă, denumite „pete solare". Acestea sînt enorme emisii de materie, atingînd dimensiuni de ordinul sutelor de mii de kilometri, aruncate în spațiu cu o frecvență aproape permanentă, dar de intensități neregulate. Numărul petelor solare are un caracter ciclic, fiind maxim la interval de aproximativ 11 ani (în ultima vreme, aceste maxime au avut loc în 1958, 1969 și 1980).

Erupțiile solare sînt resimțite și în spațiul cosmic înconjurător, inclusiv pe Pămînt, sub forma creșterii intensității electricității atmosferice și a schimbării activității factorilor meteorologici (înnorare, creșterea presiunii etc.). Dar uneori acestea au efecte secundare, acționînd mai tîrziu asupra suprafeței terestre, cum ar fi, de exemplu, prin intermediul oscilațiilor de temperatură, care influențează evapo-

rarea apei și apoi încărcarea electrică a particulelor condensate sub formă de nori. Se crede că și caracterele climatice oscilante în timp se datoresc tot frecvenței petelor solare.

Emisiile de energie electrică solară se află și la originea încărcării electrice a stratosferei și a formării stratului de ozon, cu rol de protecție față de acțiunea excesiv de puternică a radiațiilor ultraviolete, care este atenuată în proporție de 80%, ajungînd pe Pămînt numai o cantitate favorabilă viețuitoarelor.

Rezultatul diferitelor modalități de încărcare electrică a atmosferei terestre îl constituie cele două forme de existență a electricității : aeroionii și cîmpul aeroelectric, care se găsesc pretutindeni și permanent la nivelul solului, constituind factori ai mediului ce influențează atît organismul uman, cît și pe celelalte viețuitoare.

Această influență apare ca un proces natural, care decurge din faptul că și organismul uman este generator de electricitate, manifestîndu-se printr-o serie de fenomene electrice, cum sînt : biocurenții electrici din creier și inimă, transmiterea influxului nervos etc. Mai mult, în ultima vreme s-au pus în evidență și s-au putut fotografia la suprafața tegumentelor emisii electrice, care s-ar putea compara cu cele ale erupțiilor solare.

Influențele electrice ale mediului înconjurător asupra organismului uman sînt expresia caracterului particular al acestora de a transmite încărcătura lor electrică corpurilor cu care vin în contact.

Printre cele mai puternice și frecvente influențe aeroelectrice asupra populației umane sînt cele datorite schimbărilor de vreme, care constau din înlocuirea, într-o regiune de pe glob, a masei de aer existente, care are anumite caractere fizice, cu altă masă de aer, avînd alte caractere. Aceste schimbări se petrec la diferite intervale de timp, în medie la cîteva zile. Ele influențează puternic echilibrul existent în organismele vii, inclusiv în organismul uman, impunînd o adaptare la noile condiții create de alte mase de aer.

Fiind vorba de fenomene curente, ce au loc relativ frecvent, adaptarea la schimbările de vreme se petrece în mod subconștient și fără dezechilibre. Doar organismele suferinde sau cele extrem de sensibile resimt efectele schimbării de vreme, sub forma agravării bolii. Astfel, se înregistrează o frecvență crescută a accidentelor vasculare cerebrale, a infarctului și emboliilor pulmonare, precum și agravări ale diferitelor boli, cum sînt cele articulare, alergice, respiratorii, cardiovasculare, neuropsihice, oculare etc. Practic, schimbarea vremii are o influență sesizabilă asupra tuturor categoriilor de îmbolnăviri, dar mult mai puternică la anumite persoane. Mai mult, se consideră că toate organismele vii sînt meteorosensibile, dar în grade diferite și în forme specifice fiecăruia.

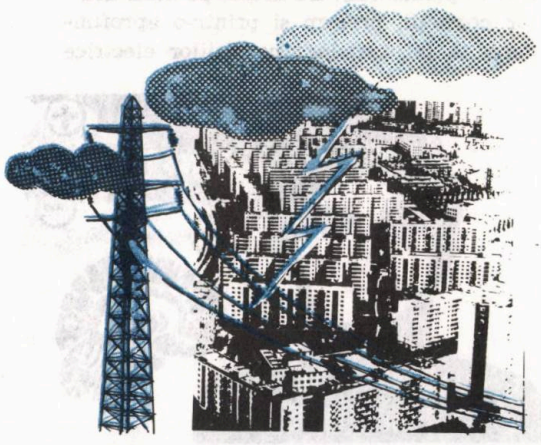
Modul particular de reacție a organismului depinde de structura sa fiziologică. În acest sens, trebuie menționat că există o diferență individuală de răspuns, unele persoane vibrînd puternic la modificările mediului, în timp ce altele sînt mai puțin reactive. Un factor hotărîtor în influențarea unei persoane de către oscilațiile meteorologice îl constituie boala, caracterul său, modul în care ea este suportată, precum și gravitatea acesteia.

În determinarea efectelor biometeorologice, factorii electrici au o mare importanță, după unele ipoteze ei fiind nu numai indicatori ai oscilațiilor meteorologice, ci și agenții efectori principali. La întîlnirea maselor de aer (zona de graniță dintre cele două mase, denumită front atmosferic) iau naștere unde electromagnetice, care se transmit la distanță, ceea ce face ca efectele schimbărilor de vreme să fie resimțite cu mai multe ore înainte de ajungerea lor pe un anumit teritoriu. Pe de altă parte, mecanismul ipotetic prin care se explică producerea efectelor biometeorologice la oameni este dezechilibrul indus în sistemul nervos vegetativ și în anumite părți ale sistemului nervos central (hipotalamus). De aceea, pe baza acestor corelații, precum și printr-o aprofundare a influențelor condițiilor electrice

din atmosferă asupra echilibrului electric al organismului, se crede că în viitor vor creşte şansele de elucidare a efectelor biometeorologice. Totodată, această constatare stă şi la baza măsurilor profilactice, care privesc, în primul rînd, întărirea echilibrului organismului uman, ce poate fi evaluat pe baza caracterelor sale bioelectrice. În acest sens, se ştie că prin creşterea puterii de adaptare a organismului faţă de factorii naturali, în urma unei expuneri treptate şi din ce în ce mai ample la agenţii fizici ai mediului exterior, se îmbunătăţeşte şi echilibrul electric al organismului, capacitatea sa de răspuns la impactul solicitărilor exterioare.

Pentru omul contemporan, a cărui viaţă şi muncă se desfăşoară în mare măsură în interiorul încăperilor, unde condiţiile electrice nu stimulează organismul la adaptare, numai prin organizarea specială a programului individual se poate creşte echilibrul său electric şi, în consecinţă, capacitatea de răspuns la impactul provocat de schimbările de vreme. În acest fel, profilaxia individuală poate contraveni unor tendinţe la care evoluţia societăţii umane a împins o bună parte a populaţiei. Desigur că şi unele măsuri colective, legate îndeosebi de sistematizarea urbană, pot contribui în mod substanţial la prevenirea şi atenuarea riscurilor la care este expusă populaţia actuală.

Dar viaţa contemporană mai poate accentua dezechilibrul electric al organismului şi prin schimbarea concentraţiei şi a naturii aeroionilor (prin poluanţi sub formă de particule şi gaze), reducînd proporţia ionilor mici negativi, cu rol pozitiv asupra organismului, şi crescînd numărul ionilor mari, mai ales pozitivi, care au acţiune nocivă asupra echilibrului electric al organismului.



În ultima vreme, s-a constatat că un rol deosebit în echilibrul electric al organismului revine instalaţiilor de înaltă tensiune, diferitelor motoare electrice şi celor cu ardere internă. Cu cît acestea sînt mai puternice şi se află în apropiere de oameni, echilibrul electric al mediului şi cel al organismului uman pot fi solicitate. De aceea, se impune ca în vecinătatea unor instalaţii generatoare de tensiuni înalte să se evite aşezarea clădirilor de locuit, precum şi rămînerea multă vreme în preajma acestora.

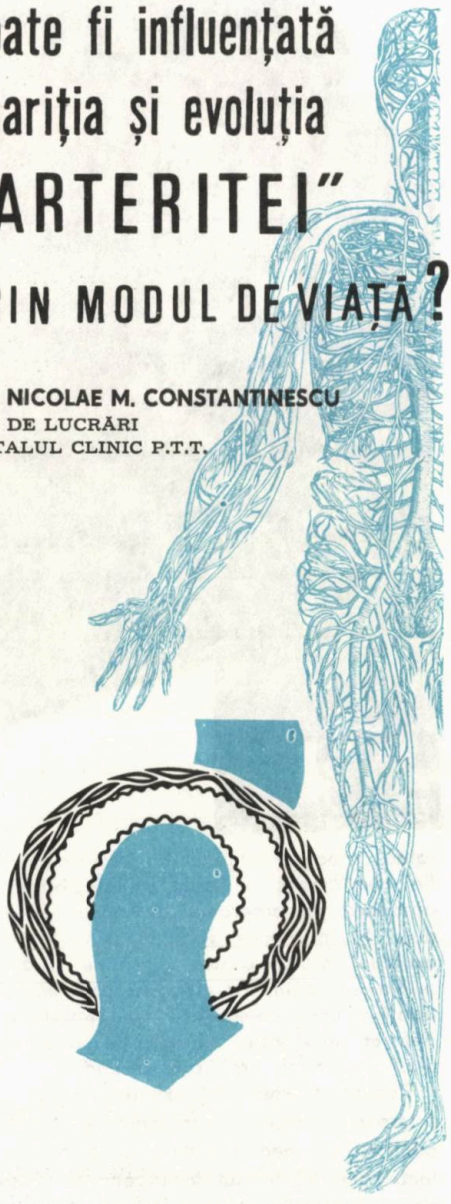
Dealtfel, locuirea în aşezări urbane, cu clădiri foarte înalte, care sînt ocolite de cîmpul aeroelectric natural, nu este recomandabilă, deoarece îndepărtează omul de condiţiile naturale la care organismul său a fost adaptat prin generaţiile anterioare.

În afară de influenţa pozitivă a electricităţii naturale asupra organismului, electricitatea produsă prin diferite aparate poate contribui la recuperarea sănătăţii. Nu este vorba aici de aparatura medicală de fizioterapie, care constituie o problemă de specialitate, ci de generatoarele de aeroioni, aparate relativ uşor de procurat şi confecţionat, care asigură concentraţiile dorite ale acestor particule electrice, cu ajutorul cărora s-au obţinut bune rezultate în tratarea celor mai diferite boli, multe dintre acestea avînd un caracter meteorotrop, cum sînt : astmul bronşic, ulcerul gastroduodenal şi unele boli neuropsihice.

Din cele prezentate, rezultă că asigurarea echilibrului aeroelectric cu mediul înconjurător constituie una din condiţiile de apărare a sănătăţii, iar acest echilibru nu se poate realiza decît prin stimularea adaptării la factorii naturali, printr-o mai bună organizare a vieţii şi muncii, printr-o expunere treptată şi cît mai frecventă la aceşti factori.

Poate fi influențată apariția și evoluția „ARTERITEI" PRIN MODUL DE VIAȚĂ?

DR. **NICOLAE M. CONSTANTINESCU**
ȘEF DE LUCRĂRI
SPITALUL CLINIC P.T.T.



Folosirea largă a termenului de „arterită" atît de lumea medicală, cît și de cea nemedicală, nu corespunde decît în parte unei realități anatomoclinice, ea avînd la bază numeroase condiții patogene, precum și variate localizări. Toată lumea știe că prin arterită îți poți pierde un picior, fapt care solicită de la început o atenție crescută. Dacă vom adăuga că același proces care stă la baza arteritei membrelor inferioare poate să ducă și la infarctul de miocard sau la hemiplegie, atunci cînd este localizat la arterele inimii sau la arterele cerebrale, vom constata că problema trebuie tratată cu maximă seriozitate.

Aportul de sînge încărcat cu oxigen și hrană este esențial pentru buna funcționare a organelor și țesuturilor. Organismul uman își are dezvoltate mecanisme fine și prompte prin care — în funcție de necesitățile funcționale de moment — se aduce la țesuturi o cantitate mai mare sau mai mică de sînge. Există însă unele zone ale arborelui circulator, unde modificările de debit, presiune și rezistență, pot crea condiții de circulație turbulentă, cu efecte nocive asupra biologiei peretelui arterial.

În constituția peretelui arterial distingem trei straturi concentrice : *intima* — stratul cel mai intern, alcătuit în principal dintr-o pătură de celule endoteliale ; *media* — stratul mijlociu, care cuprinde în proporții variabile celule musculare netede și fibre elastice și *adventicea* — stratul de la suprafața arterei, constituit din țesut conjunctiv, prin care pătrund vasele care hrănesc peretele arterial *(vasa vasorum)*.

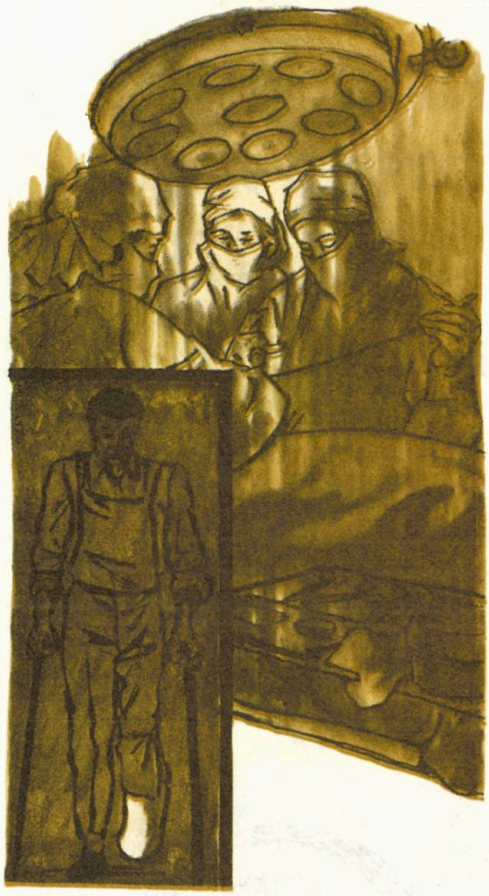
Această structură tipică a unei artere normale nu se găsește în realitate decît la nou-născut. Încă din primii ani ai vieții apar modificări legate de uzura arterelor, cum sînt : îngroșarea *intimei* prin apariția sub pătura de celule endoteliale a unui strat de țesut conjunctiv, unele fragmentări ale țesutului elastic din medie. Aceste modificări îngreuiază hrănirea treimii interne a peretelui vascular, favorizînd astfel, în timp, *dezvoltarea aterosclerozei — principala cauză a arteriopatiei obstructive.*

Ateroscleroza reprezintă deci alterarea peretelui arterelor mari și medii și se caracterizează prin apariția de plăci fibroase situate sub intimă. Cu alte cuvinte, așa după cum în orice sistem canalar care vehiculează lichide pot să apară cu timpul depuneri de diverse substanțe pe pereți, tot astfel și în sistemul circulației sanguine pot să apară îngustări ale *vaselor coronare* (care hrănesc inima), ale *arterelor carotide* (care hrănesc creierul), ale *arterelor ileofemurale* (care hrănesc membrele inferioare) etc. Leziunea se instalează încă din primii ani ai vieții și evoluează lent, timp de zeci de ani, fiind favorizată de zonele de turbulență circulatorie, reprezentate de bifurcările arteriale și de curburi. Bineînțeles că amploarea și evoluția unor asemenea depozite sînt rezultatul unei multitudini de factori predispozanți și favorizanți, a căror cunoaștere este de cea mai mare importanță. Este necesar să precizăm că, spre deosebire de alte sisteme canalare, aparatul circulator la om este un sistem închis, în care nu ne putem permite, ca în tehnică, o „curățire" periodică, cu refacerea unui calibru pentru curgerea normală a sîngelui. Dezvoltarea circulației colaterale, creșterea vitezei sîngelui etc. realizează mulți ani un debit de perfuzie suficient necesită-

ţilor locale, pentru ca la un moment dat să apară o insuficienţă de aport sanguin, instalată de cele mai multe ori brutal. Această insuficienţă circulatorie sau „ischemie" poate fi tranzitorie, legată de necesităţile sanguine din timpul unui efort (angina de piept, în cazul inimii ; claudicaţia intermitentă, în cazul membrelor inferioare) sau poate fi persistentă, ducînd la moartea unei părţi din corp (infarctul de miocard, gangrena unui picior, ramolismentul cerebral). Apare deci clar că ischemia permanentă înseamnă o oprire totală a aportului de sînge arterial, iar ischemia tranzitorie înseamnă o reducere marcată de calibru arterial, prin leziuni de ateroscleroză. Aceste leziuni nu au apărut însă în momentul accidentului, ci cu mulţi ani înainte, dar ele au fost tolerate mai mult sau mai puţin timp, în funcţie de o serie de factori, din care cel mai controlabil rămîne modul de viaţă.

Dacă plăcile fibroase subintimale apar în aorta abdominală şi în arterele coronare înaintea vîrstei de 20 de ani, în aorta toracică şi în artelele cerebrale după vîrsta de 30 de ani înseamnă că problema prevenirii aterosclerozei sau cel puţin diminuarea depozitelor subintimale priveşte, în principal, pe adolescent şi pe adultul tînăr, care trebuie să fie interesaţi, în cel mai înalt grad, de obiceiurile de viaţă pe care şi le însuşesc, precum şi de repercusiunile acestor obiceiuri asupra calităţii şi duratei vieţii. Poate mai mult decît în orice alt domeniu al medicinii, sănătatea arterelor se menţine printr-un mod de viaţă adecvat.

Dată fiind marea morbiditate şi mortalitate prin ateroscleroză, s-a introdus, în ultimii ani, în medicina preventivă — pe baza unor studii epidemiologice — noţiunea de *factor de risc*, precizîndu-se de la început că acesta nu constituie o cauză, ci un indicator, care ne ajută să identificăm indivizii cu potenţial mare aterogen. Dintre aceşti factori de risc fac parte : un anumit mod de alimentaţie (hipercaloric şi hiperlipidic), excesul de tutun, sedentarismul, orientarea educaţională către formarea unor comportamente excesiv de ambiţioase şi competitive, starea de tensiune legată de unii factori sociali (prima generaţie urbană, schimbările dese de ocupaţie, conflictele familiale). La acestea se mai adaugă unele predispoziţii genetice şi de sex, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, obezitatea, ceea ce a făcut ca ateroscleroza să fie considerată o boală multifactorială. Se apreciază că programul de măsuri care pot duce la întîrzierea apariţiei şi la lentoarea evoluţiei aterosclerozei constituie *profilaxia primară* a bolii, iar măsurile care împiedică apariţia unei complicaţii sau repetarea ei (infarct miocardic, claudicaţie intermitentă etc.) reprezintă *profilaxia secundară.*



Realizarea unei profilaxii primare a aterosclerozei constituie o problemă de importanţă capitală atît pentru individ, cît şi pentru colectivitate. Răspunsul la întrebarea dacă se poate realiza acest lucru nu poate fi nici ferm pozitiv, nici ferm negativ. Studiile de epidemiologie a aterosclerozei, din care amintim, în primul rînd, cel realizat pe o lungă perioadă de timp în orăşelul american Framingham, au arătat că factorii de risc îşi potenţează efectul aterogen şi că deşi consecinţele diminuării acestor factori nu sînt suficient de clare, totuşi ele reprezintă actualmente cel mai eficace mijloc de reducere a aterosclerozei. De asemenea, cercetătorii s-au

întrebat de ce nu toți oamenii fac ateroscleroză sau de ce la unii evoluția procesului este extrem de lentă ? Se pare că în afara acțiunii factorilor de risc, ca atare, mai importante sînt alte mecanisme patogenice cu efecte mai grave. Astfel, de exemplu, un studiu recent efectuat la populația de negri Masai din sud-estul Africii a arătat că îngroșarea intimei arterelor coronare, datorită aterosclerozei, este egală ca mărime cu aceea a americanilor albi de aceeași vîrstă ; în schimb, ischemia coronariană este rară la primii și frecventă la ultimii. Studiile angiografice au demonstrat că acest lucru se datorește unui diametru mai mare al arterelor coronare la negri față de albi, provocat de o mare activitate fizică cotidiană, deși populația neagră amintită consumă mult mai multe grăsimi animale decît cea americană.

Primul factor de risc aterogen reieșit din studiile statistice îl constituie *alimentația*, insistîndu-se asupra rolului nefast al consumului exagerat de calorii, asociat cu un dezechilibru al raportului dintre lipide față de proteine și glucide. Grăsimile animale (unt, smîntînă, untură) au un rol aterogen crescut față de cele vegetale (uleiul de porumb, soia, floarea soarelui), de unde rezultă necesitatea consumului de uleiuri vegetale.

În ceea ce privește prevalența lipidelor în alimentație, și mai ales a celor de origine animală, studiile statistice au arătat o legătură între colesterolul sanguin și riscul unor accidente vasculare, îndeosebi coronariene. Colesterolul, rezultat din acizii grași saturați, care se găsesc în toate grăsimile animale, se depune pe pereții arterelor, provocînd îngustarea diametrului lor și îngreuind astfel circulația sanguină.

Al doilea factor de risc în ateroscleroză este *fumatul*, care prin mecanisme insuficient cunoscute, cum ar fi : lipsa de oxigen și prezența oxidului de carbon, fragilizează celulele endoteliale, făcîndu-le „permeabile" pentru lipidele sanguine. Un studiu prospectiv făcut timp de 10 ani în Franța a arătat că tabagismul se află pe primul loc al factorilor de risc pentru ateroscleroza coronariană sau a membrelor inferioare, pragul semnificativ fiind de 20 de țigări pe zi. Pentru profilaxia primară se propune diminuarea numărului de țigări, iar pentru cea secundară, renunțarea definitivă la tutun, cu evitarea spațiilor închise unde se fumează.

În legătură cu acești factori de risc precizăm că alimentația rațională trebuie începută din copilărie, însușită în adolescență, pentru a forma obiceiurile sau „gusturile" pentru restul vieții. Or, tocmai aceasta este perioada cea mai asimptomatică a aterosclerozei, cînd criteriul creșterii și al îngrășării pare a se suprapune cu cel al sănătății. Adolescentul care a mîncat acasă multe grăsimi animale le va agrea și mai tîrziu. Iată de ce trebuie făcută o educație alimentară responsabilă atît cu părinții, cît și cu cei care răspund de cantinele școlare, pentru a promova la modul cel mai concret o alimentație rațională, sau cum mai este denumită *dietă prudentă*, recomandată de comitetul mixt FAO–OMS. Efectele unei alimentații dezechilibrate nu apar imediat. Rezultatele pot deveni dezastruoase în cea de a 5-a și a 6-a decadă a vieții. În ceea ce privește fumatul, adesea se folosește în replică exemplul unora care au trăit mult și au fumat toată viața, fără să se analizeze condițiile de alimentație, de muncă și de mediu nepoluat în care au trăit acești longevivi fumători.

Un alt factor de risc aterogen este *sedentarismul*, deci lipsa unei susținute activități fizice cotidiene. Modul de viață actual tinde din ce în ce mai mult să restrîngă exercițiile fizice, or, studii recente arată că exercițiul fi-

zic zilnic apără endoteliul vascular de riscul depunerilor lipidice. De asemenea, exercițiul fizic zilnic crește capacitatea circulației colaterale coronariene de a salva de la infarct mușchiul inimii, în cazul unor ocluzii severe pe una din arterele coronare principale. Un exemplu grăitor al rolului efortului fizic este creșterea incidenței aterosclerozei la prima generație de populație rurală urbanizată, care-și însușește o alimentație excesivă, renunțînd la activitatea fizică cotidiană. Un rol deosebit îl are efortul fizic și în prevenirea reapariției unor complicații, deci la bolnavii care au avut un infarct de miocard sau o claudicație intermitentă la membrele inferioare.

În concluzie, putem spune că modul de viață joacă un rol deosebit în profilaxia primară, recomandîndu-se o dietă prudentă, bogată în acizi grași nesaturați și normocalorică, o activitate fizică susținută și regulată și limitarea sau abținerea de la fumat. În acest context nici un medicament nu pare a mai fi necesar.

ALIMENTAȚIA

și prevenirea aterosclerozei

CONF. DR. **C. DUMITRESCU**

În întreaga lume, în țările cu standard de viață ridicat sau în curs de dezvoltare, printre cauzele de îmbolnăvire și de deces se situează, la procente foarte ridicate, ateroscleroza, cu multiplele ei localizări, în special pe vasele inimii, creierului și rinichiului.

Evident că cercetările a numeroși specialiști s-au focalizat pe aceste probleme, care au fost abordate pe multiple planuri : experimental, histochimic, clinic, terapeutic, epidemiologic etc. Dintre fracțiunile lipidelor (grăsimilor) serice, cea mai încriminată în provocarea procesului aterogen al vaselor a fost colesterolul și în sprijinul acestei presupuneri au venit datele histochimice și experimentale.

Cercetări de prestigiu au arătat încă de acum 30 de ani că populațiile care consumă 8—14% din totalul caloriilor din dietă sub formă de grăsimi au valorile colesterolului seric cu 25—50% mai scăzute decît acolo unde lipidele reprezintă 38—41% din valoarea calorică a rației.

Alți autori au atras atenția asupra paralelismului dintre creșterea incidenței aterosclerozei și consumul sporit de zaharuri rafinate, concomitent cu scăderea proporțională a amidonului. Aceste zaharuri cresc cantitatea de colesterol, dar în mai mică măsură decît atunci cînd crește consumul de lipide (grăsimi).

De asemenea, s-a scos în evidență protecția vaselor privind procesul aterosclerotic, exercitat de grăsimile polinesaturate, mai ales de cele bogate în acid linolenic și eicosapentaenoic (uleiul de ficat de cod, uleiurile vegetale).

Toate aceste cercetări, pe lîngă multe altele, au dus la indicația de a se scădea procentul grăsimilor saturate din dietă, ca și al zaharurilor rafinate, în favoarea amidonului, a grăsimilor

polinesaturate, a legumelor şi fructelor.

Indicaţiile pentru combaterea aterosclerozei au fost formulate de un comitet de experţi americani, care au sintetizat principalele cercetări în această problemă :

— să se evite supraponderarea (obezitatea) şi să se consume numai echivalentul energiei pe care o consumăm ;

— să se crească consumul de glucide naturale şi să se scadă consumul de zahăr la aproximativ 10% din totalul valorii calorice a raţiei ;

— să se reducă consumul de grăsimi la aproximativ 30% din valoarea raţiei zilnice ;

— să se reducă consumul de grăsimi saturate la un raport de 1/1 faţă de grăsimile polinesaturate ;

— să se reducă consumul de colesterol în jur de 300 mg zilnic ;

— să se limiteze consumul de sare la aproximativ 5 g zilnic.

Aceste recomandări au constituit obiectul unor largi şi competente discuţii ştiinţifice, care, în final, au demonstrat că problema aterosclerozei este mult mai complexă pentru a putea fi rezolvată sau diminuată prin nişte simple şi stereotipe măsuri dietetice.

Cercetări de prestigiu duc la concluzia că ateroscleroza nu este numai o simplă tulburare produsă exclusiv prin greşeli de regim alimentar. Această afecţiune reprezintă un complex de procese morbide, influenţate de : ereditate, infecţii, stres, modificări fizico-chimice ale sîngelui, modificări ale peretelui vascular etc.

Nu putem da nişte indicaţii stricte, valabile pentru orice individ, indiferent de locul şi condiţiile în care trăieşte. Recomandările menţionate, după părerea unor autori americani, au dus la scăderea procentului de îmbolnăviri coronariene, dar nu au avut

acelaşi efect în toate ţările. De exemplu, în Suedia, în perioada 1969—1973, procentul îmbolnăvirilor a crescut semnificativ. S-a postulat astfel că numai acele boli care pot fi vindecate prin dietă au fost induse de dietă.

Cercetări ulterioare au arătat că nu există o corelaţie între concentraţia colesterolului seric şi severitatea bolii coronariene. Regimuri care au scăzut concentraţia colesterolului seric nu au oprit progresarea aterosclerozei şi nici riscul de deces prin această afecţiune. Mai mult decît atît, nici chiar medicamentele care reduc colesterolul seric nu au influenţat evoluţia bolii.

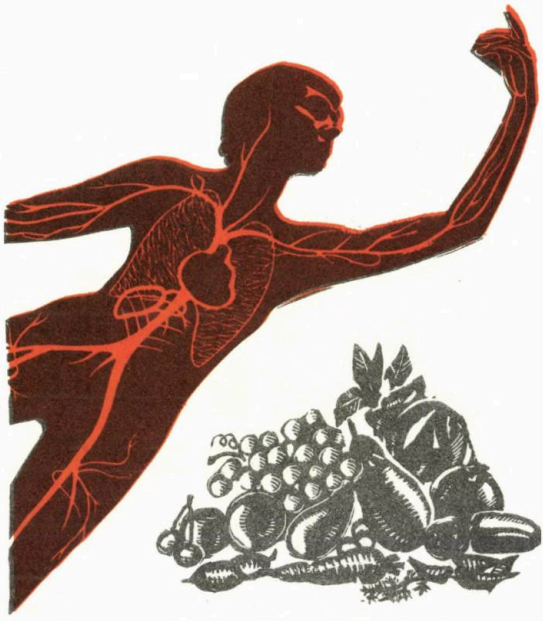
Nici reducerea raportului aproape de 1 al grăsimilor polinesaturate faţă de cele saturate nu ar preveni ateroscleroza coronariană. Uleiurile vegetale în exces se pare că ar duce la degenerarea muşchiului cardiac, iar formele de acizi graşi rezultate din grăsimile polinesaturate ar fi ele însele intens sclerogene şi cu acţiuni negative asupra membranelor celulare.

Creşterea grăsimilor din sînge (hiperlipidemia) este numai unul din factorii de risc pe lîngă mulţi alţii în geneza aterosclerozei. Scăderea lipidelor serice poate duce la reducerea incidenţei bolii coronariene, dar regimurile aplicate pînă în prezent nu au dus la o scădere satisfăcătoare şi eficientă a grăsimilor serice, impli-

cate în procesul aterogen. În plus, o anumită dietă duce la rezultate diferite la diverse popoare, în funcție de zestrea lor ereditară, de climă, de activitate, vîrstă, obiceiuri alimentare etc. Pacienți diferiți au răspuns cu totul inegal la o dietă bogată în colesterol.

Din toate aceste date înseamnă că trebuie înlăturat tot ce am știut pînă acum și că de fapt nu se cunoaște nimic ? Ar fi o mare greșeală. Toate aceste date au amplificat, fără îndoială, cunoștințele noastre teoretice, oferindu-ne o serie de elemente practice, calitativ superioare. Am înțeles astfel că problema aterosclerozei este mult mai complexă și nu se poate rezolva prin niște indicații de regim stereotip, valabil pentru oricine, oricînd și oriunde. Trebuie acționat pe toate verigile patogenetice, în măsura posibilităților, concomitent cu aplicarea unor indicații dietetice și terapeutice individualizate, de la bolnav la bolnav.

Există și unele indicații profilactice generale, de o mare însemnătate.



Astfel, una din indicațiile majore o constituie combaterea obezității, prin scăderea aportului energetic. Este necesar să luăm măsuri corespunzătoare pentru a ne păstra greutatea normală (ideală), crescînd activitatea fizică, mișcarea, și reducînd aportul energetic.

Alături de reducerea excesului ponderal, un alt factor nociv, unanim recunoscut, este fumatul (după cum se știe, incidența afecțiunilor coronariene este mai crescută la fumători decît la nefumători).

Avem, așadar, temeiuri științifice și indicații practice eficiente pentru prevenirea și combaterea celui mai agresiv flagel — ateroscleroza — printr-o alimentație rațională începută încă din copilărie, prin evitarea consumului caloric în caz de obezitate, a excesului de sare, prin combaterea alcoolului și a tutunului, prin tratarea hipertensiunii arteriale, într-un cuvînt prin respectarea măsurilor igieno-profilactice. De asemenea, persoanele cu risc crescut trebuie să știe că este necesar un anume stil de viață și de muncă, un anume tip de comportament.

— Dacă ai ce am zis eu, scapi ; dacă ai ce a zis Popescu, nu știu ; dacă nu-i nici una nici alta...

COLABORAREA DINTRE MEDIC ȘI BOLNAV

FACTOR ESENȚIAL ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL BOLILOR CARDIOVASCULARE

Prin relația medic-bolnav cardiac se înțelege contactul uman atît de necesar pentru reconfortarea morală a pacientului, precum și pentru obținerea, prin convorbirea cu acesta, a unor date referitoare la suferința sa, uneori de neînlocuit prin alte investigații, în vederea aplicării unui tratament corect și a urmăririi în timp a evoluției afecțiunii.

Prima etapă a examinării clinice a cardiacului o constituie convorbirea cu bolnavul. Ea urmărește să identifice, pe baza celor relatate de acesta, simptomul sau simptomele, adică manifestările subiective ale bolii. Deși această formă de investigație pare simplă, în multe cazuri se întîmpină dificultăți, care pot influența negativ stabilirea diagnosticului real al afecțiunii.

Pentru evitarea acestora trebuie, în primul rînd, creat un climat favorabil, care depinde în mare măsură de medic. Acesta trebuie să știe să se apropie pe plan afectiv de pacient, să-i vorbească cu blîndețe, să fie răbdător și binevoitor. Astfel se poate risipi starea emotivă pe care o au unii bolnavi, situație ce produce uneori un fenomen de inhibiție sau o concentrare insuficientă a bolnavului asupra întrebării puse de medic. Descrierile suferințelor făcute de bolnav trebuie să fie clare și să nu se îndepărteze de la subiect prin interpretări personale asupra cauzelor simptomelor sau să facă analogii cu simptomele altor cunoștințe, care suferă de o afecțiune ce pare asemănătoare.

De exactitatea răspunsului dat de bolnav depinde uneori precizarea atitudinii terapeutice. Astfel, unii bolnavi acuză dureri cu caracter constrictiv în regiunea inimii, care pot avea o durată variabilă. Or, acest caracter al durerii are valoare în definirea formelor clinice ale bolii coronariene.

Sînt situații cînd unii bolnavi exagerează unele simptome, considerînd că astfel vor putea beneficia de indicații terapeutice mai eficiente, inducînd în eroare medicul specialist. Spre deosebire de aceștia, bolnavii foarte activi și pasionați de profesiunea pe care o exercită, deși au o simptomatologie evidentă de boală cardiacă (de exemplu, angina pectorală), o minimalizează în mod voit, deoarece se tem că indicațiile medicului ar putea include unele restricții legate de activitatea lor lucrativă, expunîndu-se astfel unor eventuale riscuri generate de complicațiile grave ale bolii.

În convorbirea cu bolnavul, sinceritatea acestuia față de medic are o pondere deosebită pentru măsurile de profilaxie și tratament.

Se cunoaște, de exemplu, importanța acordată actualmente „factorilor de risc", care favorizează apariția aterosclerozei, în general, și a bolii coronariene, în special.

Printre acești factori se numără hipertensiunea arterială, fumatul, anumite obiceiuri alimentare (consum exagerat de calorii, consum exagerat de grăsimi animale), sedentarismul etc.

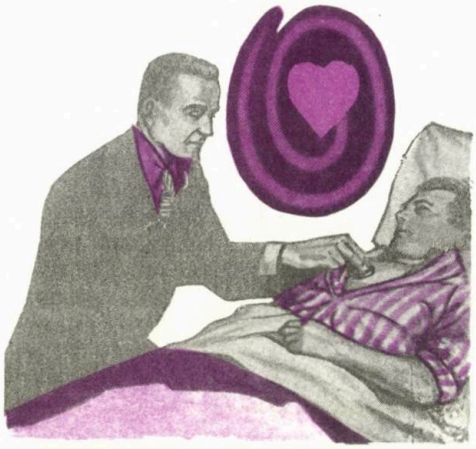
Unii bolnavi cardiaci dau răspunsuri neconforme cu realitatea în ceea ce privește numărul de țigări fumate zilnic. Nenumărate studii au demonstrat că există o strînsă interdependență între consumul de țigări și creșterea morbidității și mortalității prin boli coronare (angină de piept, infarct miocardic). Nicotina din tutun are drept efect o sporire a activității inimii, iar oxidul de carbon, care ia naștere în urma procesului de ardere, se combină cu hemoglobina din sînge, rezultînd carboxihemoglobina, ceea ce duce la scăderea oxigenului din sînge și țesuturi. În plus, oxidul de carbon crește și cantitatea de grăsimi circulante, determinînd și creșteri tensionale.

Un alt aspect al colaborării dintre medic și pacient se referă la tratamentele administrate anterior. Bolnavul trebuie să precizeze numele medicamentului, dozele zilnice, calea de administrare, durata și efectele obținute, pentru a se putea trage concluzii asupra utilității sau inutilității tratamentului prescris anterior.

Din păcate, nu rareori se întîlnesc în cabinetele de consultații bolnavi care nu pot furniza asemenea informații, îngreuind foarte mult sarcina medicului în stabilirea unui tratament cît mai adecvat și mai bine tolerat.

Uneori, această fază a examenului clinic poate căpăta un aspect de confidență din partea bolnavului, în special în situațiile în care s-a reușit o apropiere pe plan afectiv. Ne referim la acele cazuri în care boala este favorizată, întreținută sau agravată de încordări nervoase, stări emotive, traume afective, factori ce au o înrîurire incontestabilă asupra inimii. Acești factori pot fi puși în relație cu mediul familial, cu colectivul de muncă, sau sînt rezultatul unor insatisfacții profesionale, pe care de multe ori bolnavul le consideră niște lucruri intime, ce nu pot fi mărturisite decît celor demni de încredere.

Ținînd seama de toate aceste aspecte, se poate afirma, fără exagerare, că în afara unor investigații de laborator, o colaborare



întemeiată pe deplină înțelegere și încredere reciprocă ajută la identificarea, în această etapă, a unor suferințe cardiace, cum sînt : angina de piept, unele tulburări de ritm cardiac, insuficiențe cardiace sau stări favorizante ale unei cardiopatii.

Un domeniu în care colaborarea dintre medic și pacient capătă o importanță deosebită este cel al tratamentului, în special în bolile cronice cardiovasculare : hipertensiunea arterială, insuficiența cardiacă, boala coronariană etc. Felul cum este aplicat tratamentul depinde însă în întregime de bolnav. Se constată uneori că acest lucru nu este pe deplin înțeles, fapt ce poate avea implicații negative în mersul bolii. Astfel, există tendința la unii bolnavi de a nesocoti unele aspecte ale regimului de viață, cum ar fi : activitatea fizică, odihna, restricțiile în consumarea anumitor alimente, reducerea sării, scăderea în greutate, evitarea abuzului sau restricția totală de băuturi alcoolice și/sau cafea, interzicerea fumatului etc., acordînd o atenție deosebită medicamentelor. În bolile cardiace cronice nu trebuie să uităm că măsurile igienice în general constituie o componentă esențială a tratamentului, ce nu poate fi înlocuită de nici un medicament, adeseori reprezentînd unica și cea mai eficientă formă terapeutică.

Același lucru se poate spune și despre tratamentul medicamentos. Schemele de tratament sînt stabilite de medic și individualizate pentru fiecare bolnav în parte. Ele nu pot fi modificate de bolnav după propriile impresii sau păreri. Abandonarea sau reducerea dozelor indicate duce la reapariția simptomelor sau la agravarea acestora. Un bolnav cu insuficiență cardiacă trebuie să știe că nu se poate dis-

pensa de tratamentul digitalic şi diuretic toată viaţa.

De asemenea, controalele medicale periodice trebuie respectate conform indicaţiilor, ele permiţînd medicului curant să aprecieze stadiul de evoluţie a bolii şi în funcţie de acesta să readapteze tratamentul. Suferindul cardiac va mai consulta medicul ori de cîte ori va constata o modificare în simptomatologia bolii : cînd apare respiraţia scurtă, cînd are senzaţia de lipsă de aer, cînd este trezit noaptea de o respiraţie precipitată, cînd remarcă scăderea cantităţii de urină şi apar edemele (umflături ale gleznelor).

Din cele expuse reiese că bolnavii cardiaci, pentru a putea beneficia de toate progresele actuale ale cardiologiei, trebuie să fie convinşi că o verigă importantă şi de neînlocuit în procesul complex al diagnosticului şi al tratamentului o constituie colaborarea strînsă, bazată pe încrederea reciprocă dintre medic şi bolnav.

CONF. DR. **POMPILIU POPESCU**
Spitalul clinic al municipiului Bucureşti

Hipertensivul şi medicul

CONF. DR. **AL. IOAN**
SPITALUL CLINIC „23 AUGUST",
BUCUREŞTI

Hipertensivul : Ce se înţelege, oare, prin tensiune arterială normală şi crescută, deoarece — aşa după cum se afirmă — cifrele variază în funcţie de o multitudine de factori : vîrstă, sex, efort fizic ?

Medicul : Organizaţia Mondială a Sănătăţii a stabilit că limita superioară a tensiunii arteriale normale, la adultul în repaus, indiferent de vîrstă şi sex, este de 140 mmHg pentru maximă şi 90 mmHg pentru minimă. Se consideră crescute cifrele începînd cu 160 mmHg pentru maximă şi 95 pentru minimă.

Hipertensivul : După cît am înţeles, rămîne o zonă de incertitudine, cum vă explicaţi aceasta ?

Medicul : Într-adevăr, dar problema se lămureşte de obicei uşor, prin măsurări repetate ale tensiunii arteriale şi eventual prin alte criterii sau determinări.

Hipertensivul : Soţia mea a avut o dată tensiunea 18/10, avusese un mare necaz în ziua precedentă, dar ulterior cifrele au fost normale la determinări repetate. Este sau nu o hipertensivă?

Medicul : Nu ! Tensiunea trebuie să depăşească valorile normale la cel puţin trei determinări în zile diferite, spre a putea vorbi de hipertensiune.

Hipertensivul : Dar bătrînii ? Mulţi dintre ei prezintă tensiuni crescute.

Medicul : Este adevărat că hipertensiunea arterială devine din ce în ce mai frecventă cu creşterea vîrstei, dar nu este vorba de un fenomen normal; este un fenomen patologic, care trebuie combătut cu prudenţă.

Hipertensivul : Am înţeles că hipertensiunea poate avea foarte multe cauze, iar determinarea cauzei exacte se realizează printr-un proces care presupune metode de diagnostic foarte laborioase. Se poate efectua o astfel de cercetare pentru toţi hipertensivii ?

Medicul : Este adevărat că hipertensiunea are multe cauze, dar majoritatea cazurilor intră în cadrul hipertensiunii arteriale esen-

ţiale, unde nu se cunosc în mod precis mecanismele de producere. Excluderea celorlalte cauze se poate face de obicei uşor, cu ajutorul examenului clinic şi al unor analize simple, inofensive, care se pot efectua în orice policlinică. Foarte puţine cazuri, de obicei cele care nu răspund la tratament, necesită internarea în spital pentru determinarea unei alte cauze.

Hipertensivul : După cît aud în jurul meu, hipertensiunea arterială esenţială este foarte frecventă.

Medicul : Da. Ea afectează 10–15% din populaţia ţărilor europene, cifră destul de crescută, motiv pentru care constituie principala problemă cu care se confruntă medicina actuală.

Hipertensivul : Deoarece cauza hipertensiunii arteriale este necunoscută, în aceste condiţii poate fi prevenită?

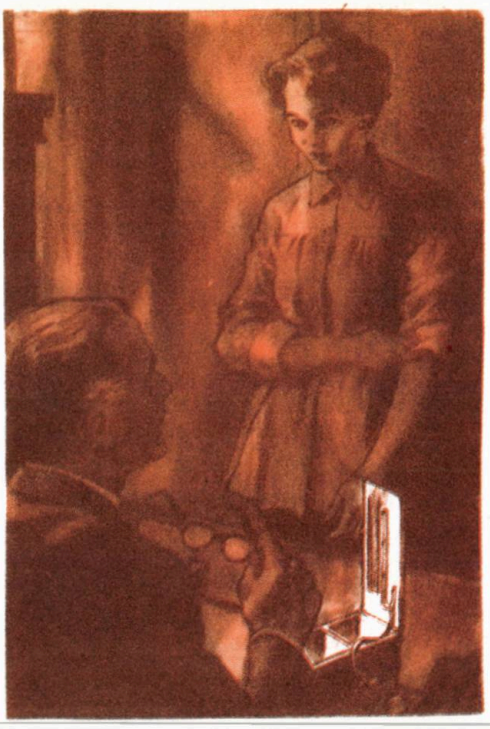
Medicul : În parte. Prin reducerea consumului de sare, evitarea fumatului şi a băuturilor alcoolice în exces, combaterea obezităţii şi a sedentarismului, într-un cuvînt prin respectarea unui regim raţional de viaţă. Aceste măsuri au o mare importanţă, îndeosebi la predispuşi.

Hipertensivul : Ce se înţelege prin predispuşi?

Medicul : Persoanele care au o încărcare genetică. Practic, cei care au unul sau mai mulţi hipertensivi printre rudele apropiate.

Hipertensivul : Dar o dată instalată, hipertensiunea se poate vindeca ?

Medicul : De regulă, nu. Bolnavul va fi obligat să facă tratament toată viaţa. Rezultatele în tratamentul hipertensiunii nu depind numai de medic, ci de conlucrarea armonioasă dintre medic, pacient şi adesea familia bolnavului.



Hipertensivul : Cum, din păcate, sînt hipertensiv, aceasta presupune să nu fac eforturi, să mănînc fără sare şi fără condimente, să nu beau alcool, să nu fumez şi să iau în fiecare zi tablete ?

Medicul : În parte aveţi dreptate, dar cum din necunoaştere comiteţi şi unele greşeli, voi încerca să vă răspund pe rînd.

Eforturile fizice medii şi chiar sporturile uşoare sînt nu numai permise, dar chiar favorabile hipertensivului fără complicaţii. Îndeosebi, este util mersul pe jos.

Eforturile intelectuale sînt, de asemenea, bine suportate. Marii savanţi sînt adeseori hipertensivi şi trăiesc mult.

Nociv este mai degrabă stresul ca, de exemplu, agitaţia inutilă, insuccesul profesional, climatul psihologic nefavorabil la locul de muncă şi în familie etc.

Hipertensivul: Dar sarea, în ce măsură este dăunătoare ?

Medicul : Sarea trebuie într-adevăr redusă în grade variate la majoritatea hipertensivilor, deoarece consumul crescut de sare are un rol indiscutabil în creşterea tensiunii arteriale. Regimurile drastice „fără sare" se recomandă astăzi numai cu totul excepţional şi pe timp limitat. Cu condimentele situaţia este cu totul alta. Toate condimentele sînt permise şi recomandate. Permise, deoarece nu cresc tensiunea arterială ; recomandate, deoarece fac regimul fără sare mai gustos şi deci mai uşor acceptat de bolnav.

Hipertensivul: Mă mai frămîntă o problemă: aceea a băuturilor alcoolice şi a fumatului. Toţi medicii îmi spun că trebuie să mă las de fumat. Creşte acesta tensiunea atît de mult ?

Medicul : Fumatul nu creşte notabil tensiunea arterială ; exercită, în schimb, o acţiune nocivă asupra aparatului cardiovascular, care se sumează şi chiar se potenţează cu aceea, la fel de nefavorabilă, a hipertensiunii. Referitor însă la băuturile alcoolice, trebuie să precizez că acestea, consumate în cantităţi mici, nu sînt nocive.

Hipertensivul : Medicamentele sînt absolut indispensabile pentru tratamentul hipertensiunii ?

Medicul : Cu rare excepţii, acestea sînt indispensabile. În formele uşoare se administrează un număr mic de tablete hipotensoare zilnic. Dealtfel, am motive să cred că într-un viitor apropiat una sau două tablete pe zi vor fi suficiente în majoritatea cazurilor.

Hipertensivul: Am făcut de multe ori tratament cu medicamente, dar cînd tensiunea

a scăzut la normal, l-am întrerupt și aceasta a crescut din nou. M-am temut să nu scadă sub normal.

Medicul : Evident ! Ați procedat greșit. Tratamentul trebuie menținut chiar dacă tensiunea a revenit la normal. Normalizarea tensiunii este însăși dovada eficienței tratamentului. Și apoi, medicamentele cu acțiune blîndă, indicate în majoritatea cazurilor necomplicate, nu determină scăderea tensiunii sub normal. Trebuie să precizez că numai la instituirea tratamentului sînt necesare controale medicale frecvente. Odată stabilită o schemă eficace, acestea sînt indicate rar, de exemplu la 2–3 luni.

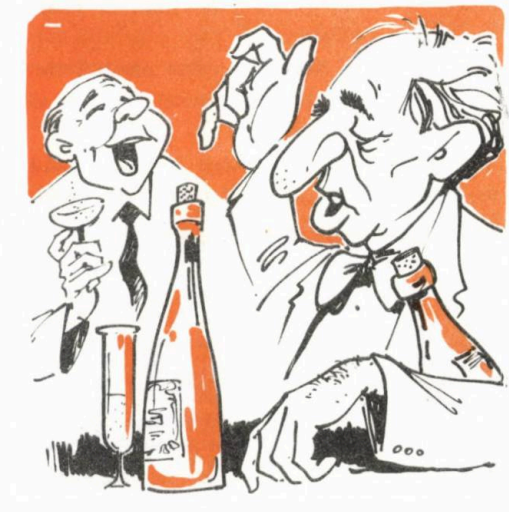
Hipertensivul : Există și hipertensiuni care să nu fie influențate de medicamente ?

Medicul : Această situație se ivește astăzi cu totul excepțional, deoarece dispunem de un număr foarte mare de substanțe antihipotensoare eficace.

Hipertensivul : Dar dacă tensiunea arterială îmi scade la normal cu ajutorul medicamentelor nu mai sînt bolnav, adică nu rămîn tot un bolnav vascular odată ce cauza bolii nu este înlăturată ?

Medicul : Nu. Deveniți un hipertensiv „sănătos". Riscul de a face o complicație este egal cu al unui normotensiv de vîrsta dumneavoastră.

Hipertensivul : Dar aceasta constituie un progres spectacular, o adevărată revoluție în medicină. De necrezut !



– Anul ăsta îmi doresc, hic, cît mai multe hic, eprubete pline, să le pot lua per oral !...

Medicul : Desigur, este cel mai mare succes al medicinii, de la descoperirea antibioticelor încoace.

Hipertensivul : Aș dori să știu : hipertensiunea oscilantă, așa cum am eu, este mai gravă sau mai ușoară decît cea permanentă ?

Medicul: Hipertensiunea oscilantă este mai puțin gravă decît cea permanentă și este mai ușor de tratat. Dealtfel, este și normal să fie așa. Vasele nu sînt supuse permanent la o suprasolicitare, așa încît se mai odihnesc.

Hipertensivul: Cei care prezintă o hipertensiune ușoară mai este necesar să se trateze?

Medicul : Desigur. Și o hipertensiune ușoară netratată reduce în mod notabil durata de viață.

Hipertensivul : Este adevărat că un bolnav cu hipertensiune este oricînd expus unui accident grav ?

Medicul : Această eventualitate este posibilă, dar mai puțin probabilă. Evoluția bolii este lentă ; ea se desfășoară în ani.

Hipertensivul : Dacă nu mă tratez, cu cît mi s-ar scurta viața ?

Medicul: În cazul dumneavoastră este mai greu de precizat, dar în medie cu 10 ani.

Hipertensivul : M-ați convins să mă tratez. Datorez aceasta mie, familiei și societății în care trăiesc.

Medicul : Atunci mi-am atins scopul.

Hipertensivul : Încă o întrebare : este necesar ca pentru tratament să mă adresez unui specialist?

Medicul : Nu. Medicul de întreprindere sau de cricumscripție este în măsură să stabilească conduita terapeutică a hipertensiunii necomplicate, fiind oricînd accesibil.

Cum îl ajutăm?

Viața modernă, trepidantă și tehnicizată, impune cunoașterea de către toți cetățenii a unor reguli precise de comportare, în caz de accidente soldate cu stop circulator și respirator.

Cît de profund impresionați rămînem cînd vedem pe unul dintre semenii noștri căruia nu i s-a acordat primul ajutor de resuscitare ! Și totuși, am putea spune că îi sîntem de folos, chiar în lipsa oricărui instrument medical, dacă am ști ce să facem și ce să nu facem.

Mai întîi, ne vom împărți sarcinile de resuscitare, fără a crea panică. Comanda „echipei" ad-hoc va fi preluată de cel mai instruit, de cel mai vîrstnic sau de cel mai priceput. Fiecare persoană va avea sarcini precise, astfel încît două persoane nu vor efectua același lucru. Nu este permis să părăsim victima nici chiar pentru a da alarma.

Vom începe prin a verifica dacă victima respiră, dacă se simte pulsul la arterele mari de la gît (carotide), vom corecta cu grijă eventualele poziții vicioase, executînd toate acestea în cît mai scurt timp. Un ajutor va elibera căile respiratorii superioare, curățind fundul gîtului de sînge, corpi străini, secreții, vărsături, și va începe respirația artificială, procedînd astfel : va sufla puternic aerul din plămînii săi în plămînii victimei, în ritm de 10—15 ori pe minut (fig. 1). Pentru a evita glosoptoza (căderea înapoi a limbii), aceasta va fi ținută afară cu o batistă sau cu o bucată de pînză.

Concomitent, vom face masaj cardiac : victima va fi așezată cu fața în sus, pe un plan tare, astfel încît căile respiratorii superioare să se afle pe același ax cu conductul traheobronșic, pentru a putea favoriza ventilația pulmonară. Vom apăsa pe mijlocul pieptului cu ambele mîini și cu greutatea corpului, în ritm de 60—80 de ori pe minut (fig. 2). Dacă sîntem singuri vom face, la o mișcare de respirație, 4—6 apăsări pe piept, iar dacă există un al treilea ajutor, acesta va urmări apariția pulsului ritmic cu mișcările de apăsare pe piept.

Nu vom întrerupe resuscitarea pînă cînd nu va veni mașina Salvării și vom reține că, dacă pierdem primele 5—10 minute, pierdem un om poate recuperabil. Nu este indicat să transportăm victima fără reanimare, deoarece poate muri pînă la spital. În timpul transportului, vom continua aceleași manevre, pentru a evita posibilitatea unei recidive a sincopei cardiorespiratorii în timpul transportului.

Dacă avem la îndemînă trusa sanitară, vom folosi pipa de resuscitare (Gueddel), suflînd cu putere aerul din plămînii noștri,

1 RESPIRAȚIA GURĂ LA GURĂ

2 MASAJUL EXTERN ÎN CAZ DE STOP CARDIAC

3 INTRODUCEREA PIPEI DE RESUSCITARE (GUEDDEL)

prin pipă, în plămînii victimei (fig. 3). Vom curăța, ori de cîte ori este nevoie, gura și fundul gîtului, deoarece nu este permis ca sîngele sau corpii străini să ajungă în plămîni.

Resuscitarea la locul accidentului permite salvarea victimelor, dacă se iau măsurile descrise. În multe țări s-a organizat o rețea de învățămînt în școli, prin emisiuni TV, radio, articole în presă, astfel încît toată populația are posibilitatea să-și însușească perfect regulile de comportament în asemenea cazuri. Să nu uităm că viața unui om depinde uneori de noi, de capacitatea noastră de a nu ne pierde cumpătul și de a aplica prompt și corect cîteva măsuri simple, dar salutare.

Și cîtă satisfacție vom simți atunci cînd victima inertă va începe să respire singură, se va colora, va mișca și va vorbi !

Dr. DAN ALEXIANU
Clinica de neurochirurgie
Spitalul „Prof. dr. Gh. Marinescu"

De vorbă cu prof. dr. doc.
PIUS BRÂNZEU
I.M.F. Timișoara
despre :

MEDICINA CONTEMPORANĂ ȘI bolile varicoase

— Conform statisticilor Organizației Mondiale a Sănătății, în lume sînt aproximativ 4 milioane de suferinzi varicoși, din care peste 2 milioane în S.U.A., echivalînd cu 6 milioane de zile-muncă pierdute prin incapacitate, în timp ce, de exemplu, în Anglia sînt peste 300 000 de suferinzi cu ulcer de gambă. Dată fiind frecvența lor destul de mare, aceste afecțiuni au fost comparate cu diabetul și cu bolile cardiovasculare. De fapt, existența lor este semnalată încă din antichitate, grecii și romanii operînd frecvent gambe cu varice. Și poate apare curios faptul că în Sahara s-au descoperit unele fresce în niște peșteri, reprezentînd membre varicoase bandajate. Ce sînt deci bolile varicoase și de cînd au fost luate în studiu de medicina contemporană ?

— Varicele reprezintă, într-adevăr, o boală foarte frecvent întîlnită, care poate duce nu numai la incapacitate temporară de muncă, ci poate cauza și infirmități grave, care, de multe ori, scot definitiv pe cel suferind din activitate. Un exemplu îl constituie tulburările trofice și ulcerele extinse, situate pe gambe, ce apar deformate din cauza varicelor și a edemului. Aceasta înseamnă că nu trebuie să înțelegem prin varice numai dilatațiile venoase care apar în primele stadii ale bolii și care, pentru mulți, sînt numai inestetice. În realitate, este vorba de o boală evolutivă, care poate fi trecută cu succes, dar care, neglijată, poate avea consecințe din cele mai grave.

Este adevărat că această afecțiune a fost semnalată încă din antichitate. La muzeul

din Atena am avut prilejul să admir un basorelief, reprezentînd pe un emul al lui Hipocrate, dacă nu chiar pe părintele medicinii, ţinînd cu cele două braţe o gambă pe care este figurată o venă varicoasă. Varicele au existat în toate timpurile şi sînt cunoscute dintotdeauna, iar pentru diagnosticul lor nu este nevoie de intervenţia unui medic. Se ştie, dealtfel, că la animale această boală nu există. La om a apărut — spun unii cu ironie, dar pe deplin îndreptăţiţi — numai după ce acesta a coborît din copac şi s-a ridicat în două picioare. Este, în fond, o boală a ortostatismului.

În ceea ce priveşte intervenţiile practicate în antichitate, acestea se rezumau la dilacerarea varicelor cu un instrument asemănător cu un ac de croşetat, introdus sub piele, sau la cauterizarea lor, în caz de sîngerare. Aceste operaţii au fost părăsite şi tratamentul chirurgical nu a fost reluat decît la finele secolului trecut, în condiţiile chirurgiei aseptice şi a unei mai bune cunoaşteri a mecanismelor care stau la baza producerii leziunilor. Metodele de tratament au fost mult perfecţionate în ultimul timp, iar astăzi, prin intervenţii chirurgicale şi prin sclerozări, se obţin rezultate din cele mai satisfăcătoare.

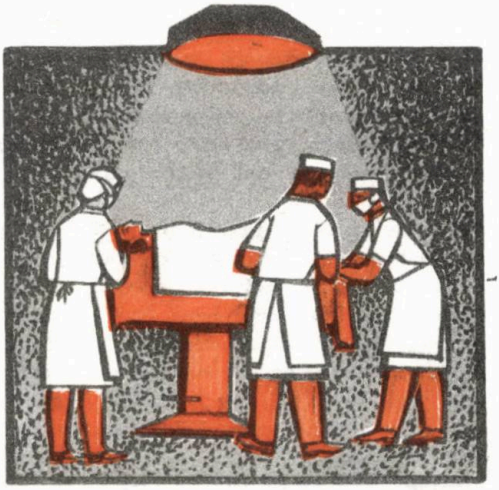
— După cum se ştie, există în general două forme de varice — primare şi secundare — consecutive unei tromboze sau unei tromboflebite anterioare ; de asemenea, este cunoscut faptul că fiecare a 5-a femeie contractează una din aceste maladii. Care sînt formele lor de debut şi de manifestare, care sînt cauzele apariţiei varicelor şi ce rol are factorul ereditar şi endocrin în apariţia lor, în general, şi la femeie, în special ?

— Între varicele primare şi secundare există mari diferenţe, atît în ceea ce priveşte manifestările clinice, cît şi cauzele care stau la baza apariţiei lor. Varicele primare sînt, de departe, cele mai frecvente şi mai puţin grave. Ele se manifestă sub forma unor vene mai mult sau mai puţin dilatate, sinuoase, formînd uneori adevărate pachete varicoase. Ele se dezvoltă lent, dar în mod inevitabil, dacă nu se iau din timp măsurile de rigoare. Tulburările trofice şi ulceraţiile nu apar decît tardiv, după mulţi ani de evoluţie, dar la aceste complicaţii sînt expuşi toţi purtătorii de varice. Cît priveşte cauzele, dilataţiile venoase apar datorită presiunii venoase crescute, consecinţă a ortostatismului, la persoane predispuse ereditar, ca urmare a unei „stofe venoase“ de calitate mai slabă. Ele apar la gambe, unde presiunea este mai mare în ortostatism. Varicele apar deci la persoane care stau mult în picioare, dar la care există şi o predispoziţie. Dacă ambii părinţi au avut varice, descendenţii au toate şansele să facă şi ei varice. Menţionăm faptul că varicele primare sînt localizate numai la venele subcutanate, cele profunde, care asigură în cea mai mare măsură transportul sîngelui spre inimă, sînt intacte. De aici benignitatea relativă a varicelor superficiale.

Varicele secundare sînt mai rare, dar mult mai grave. Ele sînt urmarea unor tromboflebite profunde, care compromit circulaţia în principalele căi ale reîntoarcerii venoase spre inimă. În aceste cazuri, venele superficiale sînt puţin dilatate ; în schimb, tulburările trofice ca : pigmentaţiile, edemul şi ulceraţiile, sînt mult mai accentuate.

Cît despre factorul endocrin, acesta are rol important în toate formele de varice. Dovadă, agravarea varicelor în cursul sarcinii. De asemenea, obezitatea joacă un rol defavorabil, prin creşterea presiunii venoase la membrele inferioare.

— Ce complicaţii locale şi generale, imediate şi de perspectivă, pot da aceste afecţiuni şi în ce constă tratamentul lor ? Ar



interesa nu numai cel igienodietetic-medicamentos, cît şi cel chirurgical sau balneoclimateric, dacă este cazul ?

— Complicaţiile bolii varicoase sînt frecvente şi de cele mai multe ori grave. În afara tulburărilor trofice şi a ulcerelor de gambă, care sînt proprii evoluţiei acestei afecţiuni, bolnavii sînt expuşi în unele cazuri la rupturi de varice, urmate de hemoragii grave şi la tromboflebite, susceptibile să dea naştere la embolii pulmonare. Din fericire, aceste ultime complicaţii sînt rare.

În ceea ce priveşte tratamentul, este de subliniat ca foarte important faptul că circulaţia venoasă se face normal la toţi aceşti bolnavi dacă stau culcaţi, mai ales dacă se pune o pernă sub membrul bolnav. De aceea, se recomandă ca toţi varicoşii să se odihnească aproximativ 2 ore după masă, la orizontală. De asemenea, este foarte indicată compresiunea externă, realizată prin purtarea unui ciorap elastic sau a unui bandaj în timpul staţiunii în picioare, mai ales în cazul varicelor secundare. În acest mod se împiedică dilatarea venelor şi se reduce edemul. Medicamentele au acţiune numai asupra manifestărilor subiective, dar nu împiedică cu nimic evoluţia bolii. Staţiunile termale sînt utile numai datorită repausului şi a odihnei mai prelungite de care se bucură bolnavii în cura respectivă.

Tratamentul curativ al varicelor se bazează pe scleroterapie şi pe intervenţii chirurgicale. Injecţiile sclerozante reprezintă o valoroasă metodă terapeutică, folosită în mod izolat în varicele incipiente, dar este asociată chirurgiei în cele mai multe cazuri. Tratamentul chirurgical este util în toate formele de boală. În varicele primare, prin operaţie şi sclerozări se obţin vindecări de cea mai bună calitate, atît pe plan funcţional, cît şi estetic. Se normalizează circulaţia şi membrul îşi recapătă o configuraţie normală, şi aceasta numai cu preţul unei incizii la rădăcina coapsei şi a unei minuscule incizii la gleznă. Axul venos se extirpă pe cale subcutanată. Dar cum este vorba de o boală evolutivă, bolnavii trebuie să fie supravegheaţi în continuare, iar la cei cu mare predispoziţie la varice este nevoie să li se practice, din cînd în cînd, în general la cîţiva ani, injecţii sclerozante. Şi o persoană sănătoasă poate face varice, cu atît mai mult o persoană predispusă la această boală.

— Care este aportul şcolii medicale timişorene în patologia venoasă şi care sînt perspectivele în viitorul apropiat ?

— În ceea ce priveşte aportul şcolii timişorene în patologia venoasă, acesta reprezintă materializarea unor cercetări de peste 30 de ani. Prima monografie privind aceste boli datează din 1953. Au apărut apoi şi alte monografii, cît şi numeroase lucrări publicate în revistele din ţară şi din străinătate privind fiziopatologia şi tratamentul bolilor venoase. În mod deosebit s-a insistat asupra indicaţiilor şi tehnicilor operatorii. S-a perfecţionat şi instrumentarul şi am realizat o trusă originală pentru operaţia de varice. Recent, s-a înfiinţat la Timişoara un cerc de flebologie în cadrul Uniunii societăţilor de ştiinţe medicale, primul de acest gen din ţară.

În viitorul apropiat vom putea beneficia de un nou produs sclerozant, care rivalizează cu cele mai bune produse de acest gen pe plan mondial. Acest produs a fost deja experimentat pe scară largă, cu mare succes. Meritul acestei realizări revine unui colectiv condus de conf. dr. Ion Russo.

REALIZATOR : dr. **GH. M. GHEORGHE**

ALCOOLUL ȘI INIMA

Toxicitatea alcoolului etilic pentru organismul uman continuă să stea în atenția și preocupările oamenilor de știință (cercetători, medici, biologi), pentru a se putea răspunde la vechea și totodată actuala întrebare : alcoolul este sau nu o substanță toxică, dăunătoare ? Ne sînt bine cunoscute noțiunile de alcoolism cronic și alcoolism acut. Alcoolismul cronic poate fi considerat o boală cu multiple manifestări, în special nervoase, care rezultă din acțiunea toxică permanentă a alcoolului și derivaților săi metabolici asupra diferitelor țesuturi. Alcoolismul acut, care poate surveni atît la alcoolicii cronici, cît și la „băutorii ocazionali", reprezintă, în esență, o intoxicație acută, ale cărei manifestări sînt strîns legate de cantitatea de alcool ingerată și absorbită, mai precis de concentrația alcoolului în sînge (alcoolemia). Astfel, ingestia pe stomacul gol a 30–40 ml de alcool pur sau de diferite băuturi alcoolice care conțin această cantitate de alcool pur realizează o alcoolemie de 0,5–1 g‰, determinînd binecunoscuta „bună dispoziție" sau euforie. Ingestia a 45–60 ml de alcool pur (alcoolemia = 1–2 g‰) determină un grad avansat de intoxicație, care se exprimă, în esență, prin tulburări în mers sau așa-zisul mers titubant. Ingestia a 60–120 ml de alcool pur (alcoolemia = 2–3 g‰) determină „beția" propriu-zisă, stare în care ideile devin confuze, incoerente, cu trecerea treptată de la logoree la bilbîială, incertitudine în mișcările membrelor inferioare, diminuarea sensibilității, în general, cu slăbirea vederii și a auzului. Mulți dintre intoxicați prezintă vărsături, ca urmare a iritării puternice a mucoasei gastrice de către alcool (gastrita acută alcoolică). Intoxicatul mai prezintă treceri bruște de la veselie excesivă la accese de furie, adesea periculoase, urmate de o stare de depresiune și somnolență. În stadiul de beție al intoxicației acute alcoolice, individul devine irresponsabil de actele sale. Dacă se ingeră însă doze și mai mari, adică 200–300 ml de alcool pur (alcoolemia = 4–5 g‰), se produce comă alcoolică (pierderea stării de conștiență), însoțită, de obicei, de tulburări ale respirației și circulației, care pot pune în pericol viața intoxicatului. De regulă, o mare parte din alcoolicii cronici au o toleranță mai mare la alcool, dacă funcțiile ficatului nu sînt deja deteriorate, ficatul reprezentînd organul principal în care se metabolizează alcoolul.

Actualmente, dispunem de numeroase dovezi, stabilite prin cercetări clinice și de laborator, potrivit cărora, în alcoolismul cronic se produc alterări în structura și funcția multor organe și țesuturi, printre care sistemul nervos central, ficatul, inima, măduva osoasă hematogenă (generatoare de globule roșii și albe), mucoasa tubului digestiv etc. Dacă cu numai 30 de ani în urmă, medicii cardiologi mai recomandau încă la bolnavii coronarieni și, în special, la cei cu infarct miocardic doze moderate de coniac sau whisky, pentru considerentul că alcoolul etilic ar îmbunătăți aportul de sînge la nivelul miocardului, astăzi, asemenea indicații nu numai că și-au dovedit inoportunitatea, sub raportul efectului lor benefic, dar sînt de-a dreptul periculoase. Efectul toxic direct al alcoolului etilic asupra miocardului a fost sugerat de incidența mare a modificărilor structurii miocardului, constatate la autopsierea alcoolicilor cronici de către numeroși cercetători. Studii de înaltă acuratețe științifică, efectuate de oameni de știință care s-au preocupat îndeosebi de toxicitatea alcoolului asupra inimii, au demonstrat că celulele miocardice ale animalelor supuse consumului cronic de alcool prezintă modificări ultrastructurale ale organitelor celulare. De asemenea, s-au mai constatat modificări la nivelul discurilor intercalare, acele punți care se stabilesc între fibrele miocardice și care fac ca inima să reacționeze ca un tot unitar, prin contracție la stimulii naturali elaborați de centrii automați ai acesteia.

Și la om, unii cercetători au constatat prezența de fibroză miocardică (înlocuirea multor fibre miocardice contractile cu țesut

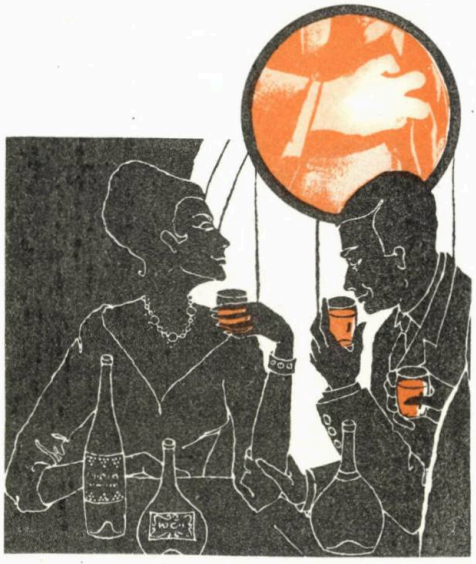
conjunctiv fibros) la autopsia și examenul microscopic al inimii alcoolicilor cronici. Există unele studii care arată că alcoolul etilic și acetaldehida, produsul inițial de oxidare a alcoolului, influențează în mod nefavorabil biosinteza proteinelor mușchiului inimii, respirația celulară la nivelul mitocondriilor, activitatea unor enzime cu rol cheie și funcția contractilă a miocardului. Experimental, s-a demonstrat că excluderea alcoolului din dieta animalelor de experiență a determinat reversibilitatea unor alterări biochimice din mușchiul cardiac și, îndeosebi, acelea care privesc respirația și contractilitatea celulelor miocardului. Acest studiu experimental arată că și la om este posibilă oprirea evoluției degradării mușchiului cardiac în stadiile incipiente ale alcoolismului, dacă consumul de alcool este oprit. Compararea datelor experimentale cu cele constatate la om a permis ca, în ultimii 20 de ani, cercetătorii și clinicienii cardiologi să descopere o nouă boală de inimă, pe care au numit-o *cardiomiopatia alcoolică*, boală care are la bază toxicitatea alcoolului asupra miocardului.

Există numeroase dovezi care demonstrează că, la om, cardiomiopatia alcoolică este o boală de sine stătătoare, care rezultă din acțiunea toxică a alcoolului etilic asupra mușchiului cardiac. În primul rînd, cei mai mulți bolnavi cu cardiomiopatie de cauză necunoscută sînt alcoolici cronici. În al doilea rînd, ingestia de alcool la om este urmată de acumularea de grăsimi în mușchiul cardiac și de eliberarea, din acesta, de fosfat, potasiu și unele enzime, cum sînt transaminazele, pe care le găsim crescute și în alte boli de miocard. În sfîrșit, în al treilea rînd, alcoolicii cronici, cu inima aparent sănătoasă, manifestă semne de insuficiență a funcției contractile a miocardului, în cazul în care li se administrează angiotensină, o substanță care crește brusc tensiunea arterială și care supune astfel inima la un efort în plus în timpul expulzării sîngelui în sistemul vascular. Mai mulți cercetători au demonstrat instalarea progresivă a insuficienței cardiace (incapacitatea inimii de a face față nevoilor circulatorii ale țesuturilor organismului) la alcoolicii bine nutriți, care consumă 340–450 g de whisky, zilnic. În interval de numai patru luni, la acești alcoolici au apărut simptomele și semnele prin care se exteriorizează cardiomiopatia alcoolică : dispnee (senzația de lipsă sau sete de aer), mai intîi la eforturi mari, apoi la eforturi mici

și, în final, chiar în repaus ; tahicardie (creșterea frecvenței contracțiilor inimii și a pulsului peste 100 de bătăi/minut) ; cardiomegalie (creșterea de volum a inimii) și hipertensiune venoasă (creșterea presiunii sub care circulă sîngele în vene). Acești cercetători au constatat că încetarea ingestiei de alcool a fost urmată de dispariția tulburărilor enumerate.

La alcoolicii cronici cu cardiomiopatie care au decedat, examenul anatomopatologic al mușchiului cardiac a pus în evidență alterările care caracterizează, din punct de vedere anatomic, cardiomiopatia alcoolică. Inima apare mărită de volum, prin dilatarea și hipertrofia ușoară a tuturor cavităților și, în special, a ventriculului sting, iar culoarea mușchiului cardiac secționat este modificată, în sensul palidității acesteia. La unii bolnavi, se constată prezența de cheaguri, atașate de endocard. Examenul microscopic și electronomicroscopic al mușchiului cardiac evidențiază degradarea fibrelor contractile miocardice, prezența de depozite de grăsimi printre acestea, ca și umflarea și modificarea formei mitocondriilor, acele organite celulare cu rol esențial în formarea și degajarea de energie, necesară contracției mușchiului cardiac.

Așadar, cardiomiopatia alcoolică, boală de inimă provocată de consumul cronic de alcool etilic, este o realitate demonstrată, astfel încît vechile concepții potrivit cărora alcoolul etilic ar îmbunătăți circulația și nutriția miocardului au fost complet înlăturate. La bolile neurologice și psihice, provocate de alcool, la ci-



roza hepatică alcoolică și la alte boli induse de alcool, s-a mai adăugat și cardiomiopatia alcoolică, ale cărei consecințe sînt grave, punînd în pericol viața bolnavului.

Mecanismul exact prin care alcoolul produce cardiomiopatie nu este elucidat. Se cunosc însă multiple aspecte cu privire la modul în care boala se instalează și evoluează. Cardiomiopatia alcoolică cronică se întîlnește la bolnavii care consumă cantități mari de alcool, pe perioade lungi de timp, de cel puțin 10 ani. Boala este mai frecventă la bărbații cu vîrsta cuprinsă între 25 și 50 de ani, la care ingestia de alcool se combină cu o alimentație neraționalâ, ce determină o nutriție deficitară a organismului. Orice băutură alcoolică, inclusiv berea, poate provoca cardiomiopatie alcoolică, în cazurile în care cantitățile de alcool pur ingerate sînt mai mari. Este interesant de remarcat un fapt curios, neexplicat încă de oamenii de știință, și anume : alterările mușchiului cardiac nu se corelează cu cele ale ficatului la unul și același bolnav, coexistența cardiomiopatiei alcoolice cu ciroza hepatică nefiind obligatorie. De regulă, cei mai mulți bolnavi cu cardiomiopatie alcoolică nu au și ciroză alcoolică. Pe de altă parte, s-a constatat că numai la 1% din alcoolicii cronici se dezvoltă cardiomiopatia alcoolică cu manifestările ei, al cărei debut este treptat, insidios. De aceea, diagnosticul de cardiomiopatie alcoolică presupune certitudinea unui consum cronic de alcool, de cel puțin 10 g pe zi, timp de minimum 10 ani. Evoluția cardiomiopatiei alcoolice și prognosticul acesteia depind de stadiul bolii. Dacă consumul de alcool se întrerupe înaintea constituirii cardiomegaliei și a insuficienței cardiace congestive, prognosticul este bun, fenomenele patologice fiind complet reversibile. Dacă tulburările sînt avansate, poate surveni, în unele cazuri, moartea subită. În orice caz, condiția esențială în tratamentul cardiomiopatiei alcoolice este întreruperea ingestiei de alcool.

În concluzie, consider necesară următoarea precizare : s-a demonstrat că ingestia de cantități mici de alcool etilic, de către bolnavii coronarieni sau valvulari, este urmată de scăderea apreciabilă a funcției de pompă a inimii. Aceste constatări arată că vechea practică folosită de medici de a administra bolnavilor coronarieni alcool etilic în scop „tonic" sau în scop „coronarodilatator" a constituit o regretabilă greșeală medicală. De asemenea, s-a constatat că alcoolul etilic produce modificări ale electrocardiogramei la alcoolicii cronici, fără simptome și semne de cardiomiopatie alcoolică. Aceste fapte sînt o dovadă în plus a toxicității pe care o exercită alcoolul etilic asupra mușchiului cardiac, toxicitate pe care trebuie s-o avem cu toții în vedere atunci cînd folosim băuturi alcoolice în exces

CONF. DR. GH. MOGOȘ
SPITALUL CLINIC DE URGENȚA

– Ce scriu în foaia de deces, doctore ?
– Inima a încetat să bată, ficatul n-a mai funcționat, stomacul idem, plămînii dezumflați etc., etc...

Tutunul, alcoolul și papagalul

(fabulă)

Pe o masă așezați,
Ca doi frați,
Alcoolul și tutunul
Vorbesc, unul cîte unul,
Amîndoi fiind revoltați
Că oamenii sînt ingrați,
Stîrnind împotriva lor
Dușmănia tuturor
Și manifestînd chiar greață
De prezența lor în viață,
Pe care-o numesc nocivă
Și parșivă...
— Nu-nțeleg — tutunul spune —
Cum uită părțile bune
Pe care le avem noi,
Amîndoi.
Eu, de pildă, cu-o țigară
Le fac viața mai ușoară ;
Îi calmez la enervare,
Le dau calm, le dau răbdare,
Le dau ton grav ca de orgă,
Le dau morgă.
Umor le dau, fantezie,
Îi inspir chiar la poezie,
Să se simtă mereu, sper,
Ca-n cer...
— În tot ce grăiești, măi frate,
Tu ai perfectă dreptate
— Îl aprobă alcoolul —
Că și eu îmi dau obolul.
Iar aportul meu se simte
Și în gesturi, și la minte.
Fac tot ce pot să-i distrag,
Cînd tristețea le stă-n prag ;
Nu îi las să se frămînte,
La necaz îi fac să cînte.
Le dau vervă, voioșie,
Tot ce poate să-i îmbie,
Să alunge orice umbră,
Să nu vadă viața sumbră,
Cu neagra-i metamorfoză,
Ci roză.

De pe-un raft alăturat,
Un papagal îmbufnat,
Auzind pălăvrăgeala,
Sintetizează morala,
Repetînd — după ureche,
Cum ne spune-o vorbă veche —
Ce-a reținut el din proză :
Morgă... cancer... și cîroză.

ION VULPESCU

fibrele vegetale și sănătatea

Frecvența cu care lumea modernă suferă de tulburări digestive (constipație, colite, hemoroizi, apendicită, cancer intestinal) contrastează cu raritatea lor la locuitorii țărilor mai puțin dezvoltate.

Studii vaste, întreprinse de-a lungul mai multor ani, au dezlegat misterul. În timp ce lumea „evoluată" preferă carnea,

grăsimile de origine animală şi dulciurile concentrate pe bază de zahăr, cei rămaşi la hrana tradiţională se întreţin cu vegetale, care necesită un grad redus de prelucrare. Drumul greşit a fost croit la sfîrşitul veacului trecut, cînd morile cu valţuri au început să îndepărteze partea nedigestibilă, celulozică, a grăunţelor cerealiere, pe care cunoştinţele medicale reduse de atunci au considerat-o inutilă şi dăunătoare organismului. Aşa a început goana după făina cît mai albă, mălaiul cît mai galben, la care s-a adăugat apoi zahărul rezultat din rafinări repetate. Adevărul a fost restabilit abia în ultima vreme, cînd partea fibroasă îndepărtată pe nedrept a reintrat în drepturi. Cercetările au stabilit că factorul esenţial al microcompoziţiei sale îl constituie microfibrele vegetale, cu dimensiuni submilimetrice, şi care nu trebuie confundate cu resturile lemnoase, vizibile cu ochiul liber, ale vegetalelor de orice fel. Deşi cu o structură chimică foarte diferită (celuloză, hemiceluloză, pectine, mucilagiu, lignine), ele se reunesc prin caractere comune : nu sînt atacate de sucurile digestive şi manifestă aceleaşi proprietăţi indispensabile sănătăţii.

În primul rînd, prezintă capacitatea de a absorbi apa, datorită căreia, mărindu-şi volumul, constituie un excitant mecanic pentru intestin, contribuind la stimularea contracţiilor care împing bolul alimentar de-a lungul tubului digestiv. În lipsa lor, materiile din intestin, avînd un volum mai mic, stagnează, producîndu-se constipaţia. Odată cu apa sînt absorbite şi sărurile biliare şi grăsimile, pe care apoi le elimină, reducînd astfel materia primă din care ficatul fabrică o serie de substanţe grase, printre care colesterolul, al cărui exces predispune la ateroscleroză, prin depunere în interiorul arterelor.

Potrivit unor cercetări, fibrele vegetale conţin un factor esenţial pentru organism — siliciul — element primordial în structura vieţii terestre, pivot iniţial al materiei organice, înlocuit mai tîrziu de carbon. Lipsa siliciului deformează oasele şi ţesuturile de susţinere, slăbeşte funcţia de apărare a organismului, întrucît ia parte la alcătuirea colagenului, substanţă fundamentală a ţesutului conjunctiv, prezent în tot organismul. Cantităţi crescute de siliciu există în stratul intern al pereţilor arteriali, fiind scăzut în plăcile de aterom, ceea ce demonstrează însuşirile sale de protecţie împotriva aterosclerozei. Interpunîndu-se între acizii biliari şi bacteriile intestinale, fibrele vegetale împiedică formarea unui acid biliar — dezoxicolic — al cărui rol nociv este astăzi cunoscut. Ajuns în ficat, după absorbţia din intestin, siliciul inhibă sinteza unui preţios acid biliar — chinodezoxicolic — principalul fluidifiant al colesterolului (grăsime solidă din secreţia biliară). În lipsa acestuia, colesterolul ar precipita sub formă de nisip şi pietre.

Potrivit altor studii (ce exclud factorii genetici din apariţia cancerului intestinal şi reţin numai pe cei de nutriţie), din acţiunea bacteriilor anaerobe asupra acidului dezoxicolic rezultă o serie de corpi toxici, iritanţi, cancerigeni. Lipsa fibrelor vegetale se pare că ar avea o influenţă negativă mai complexă. Scaunul de constipaţie, cu volum redus, cu eliminare întîrziată, permite un contact prelungit între peretele intestinal şi presupusul agent tumoral. Analizele efectuate în rîndul populaţiilor cu incidenţă crescută a cancerului de intestin gros au evidenţiat în scaun floră microbiană anaerobă abundentă şi multe substanţe biliare iritante, spre deosebire de locuitorii unor regiuni africane, care, hrănindu-se predominant cu vegetale, nu cunosc această suferinţă. Carenţa în fibre vegetale mai e învinuită şi în alte tulburări digestive, prin intermediul constipaţiei pe care o produce.

Intestinul gros al unei persoane constipate se contractă mai puternic, dar interiorul fiind mai puţin ocupat, datorită volumului redus al scaunului, va lipsi efectul de înaintare. O consecinţă imediată este slăbirea peretelui în locurile de mai mică rezistenţă, pe unde intră şi ies vasele sanguine, producînd dilataţii în formă de pungulită sau deget de mănuşă. Sînt diverticulii intestinali, a căror frecvenţă creşte după vîrsta de 50 de ani, compli-

cîndu-se cu hemoragii și infecție. Persoanele constipate vor face eforturi mai mari la evacuarea scaunului, iar creșterea presiunii intraabdominale va proiecta în sus stomacul. Polul superior al acestuia va pătrunde cu timpul prin orificiul hiatal al diafragmei în torace, producîndu-se hernia hiatală, ale cărei simptome principale sînt arsurile și durerile epigastrice, care se accentuează în poziție culcată, ameliorîndu-se în picioare. Un conținut bogat în fibre vegetale îl au : tărîțele, 12% ; fasolea boabe, 5,8 %; făina integrală, 2%, iar cea de extracție doar 0,2%. Majoritatea fructelor și legumelor au între 0,5—1,5%, iar orezul decorticat 2%. Fibrele vegetale remediază fondul constipației cronice, normalizînd volumul și tranzitul, iar tabletele de tărîțe reprezintă remediul optim al diverticulozei intestinale neinfectate. Un regim cu tărîțe normalizează compoziția bilei, iar în diabet preparatele pe bază de fibre vegetale sau alcătuirea unui meniu zilnic, din care jumătate să conțină fructe și zarzavaturi, scade greutatea corporală și nevoia de insulină. În constipația cronică, regimul va conține, pe lîngă fructe, din care nu vor lipsi prunele, și zarzavaturi ca : varza de Bruxelles, morcovi, cartofi. Prepararea culinară a acestora va fi cît mai simplă. Progresiv, în alimentație se pot adăuga tărîțe, de la 5 la 15 g/zi, dar deoarece efectul acestora se stabilește. mai tîrziu, nu se vor trage concluzii mai devreme de o lună. Cu timpul, cantitatea necesară devine mai mică. Același efect se poate obține cu sămînță de in.

Prezența fibrelor vegetale în hrana de toate zilele poate fi asigurată, înlocuind pîinea albă cu cea integrală, cu chifle graham sau pîine de secară și consumînd fructe, legume, zarzavaturi. Concomitent, vom reduce cantitatea de grăsimi și dulciuri.

Dr. GH. STOICESCU

IN VINO... VERITAS

Sînt și prilej de veselie,
Petrecerii-i sînt temelie,
Că limba tot eu o dezleg,
Dar ca s-o dreg
Mă-nvrednicesc
Și-o-mpleticesc...

Cînd sînt băut și la „necaz"
(Se-ntîmplă de la caz la caz !)
Eu dărui, cică, alinarea,
Uitarea...
Dar nu-i fac nimănui serviciu,
Că-s viciu !

Eu am puteri miraculoase,
Că-i fac pe unii mai viteji,
Mai breji
Și „demni" de fapte curajoase.

MORALA *nu-i trasă de păr :*
În vin mai e și... adevăr !

D. C. MAZILU

COLECISTOPATIILE CRONICE nelitiazice

Dr. **CARMEN OPROIU**
șef lucrări, Clinica de gestroenterologie
Spitalul „Fundeni", București

Suferințele biliare sînt afecțiuni frecvent întîlnite, de predilecție la femei și pot apărea la toate vîrstele.

Colecistopatiile cronice nelitiazice reprezintă o grupă importantă în patologie, ea cuprinzînd patru entități clinice : colecistitele cronice, colecistozele, diskineziile biliare și malformațiile veziculei biliare.

Colecistitele cronice sînt afecțiuni inflamatorii ale veziculei biliare, interesînd mucoasa, peretele și deseori seroasa. Această inflamație poate fi determinată de diferiți factori : microbieni, toxici, chimici, alergici, parazitari. În unele cazuri poate interveni și componenta hormonală, care poate să ducă la congestia mucoasei veziculare prin hiperfoliculinemie. Mecanismele de producere a bolii nu sînt încă pe deplin elucidate, iar simptomele clinice sînt nespecifice pentru această categorie de bolnavi, ele fiind comune cu cele ale altor suferințe biliare : pe un fond de tulburări predominant dispeptice, apar dureri în regiunea subcostală dreaptă ce iradiază spre spate, omoplat sau umărul drept. Durerile survin de predilecție după ingerarea de grăsimi, sosuri, tocături sau alte alimente grase. În general, o alimentație pregătită inadecvat contribuie la apariția procesului inflamator, întreținîndu-l și agravîndu-l.

Frecvent, acești bolnavi prezintă grețuri, senzație de distensie, greutate, indigestie, amar în gură, jenă epigastrică după mese, fiind provocate de creșterea presiunii în colecistul inflamat. Diagnosticul nu poate fi asigurat decît în urma unor investigații de laborator și radiologice : colecistografie (radiografia veziculei biliare) și tubaj duodenal. În general, există o tendință de a eticheta orice suferință biliară drept „colecistită cronică" și de a masca sub această denumire alte suferințe ale veziculei biliare sau ale organelor din jur. Uneori, suferința cronică se poate acutiza, bolnavul prezentînd crize dureroase, frisoane sau febră ; în această situație este necesară prezentarea de urgență la medic, în vederea aplicării unui tratament corespunzător.

La bolnavii cu colecistite cronice nelitiazice, dieta reprezintă factorul esențial. Sînt interzise alimentele excitante și iritante, care provoacă contracția bruscă a veziculei biliare, cum sînt : grăsimile, sosurile, rîntașurile, alimentele prăjite, ouăle, în general alimente ce conțin grăsimi în cantități mari. De asemenea, se exclud condimentele iritante, conservele, băuturile alcoolice, cafeaua, cacaoa.

Acești bolnavi beneficiază în general de tratament medicamentos antispastic și care stimulează secreția biliară și golirea veziculei biliare.

Colecistozele sînt afecțiuni mult mai rar întîlnite. Ele reprezintă leziuni neinflamatorii ale veziculei biliare, produse prin dezvoltarea anormală a structurilor ce intră în componența peretelui veziculei biliare.

Varianta cea mai frecvent întîlnită în clinică este **colesterolaza,** caracterizată prin depuneri localizate sau difuze de colesterol în mucoasa și submucoasa veziculei biliare. Extrem de rar se întîl-

nesc **adenomiomatoza**, adică dezvoltarea anormală a mucoasei veziculei biliare și **neuromatoza**, adică dezvoltarea anormală a fibrelor nervoase din peretele veziculei biliare.

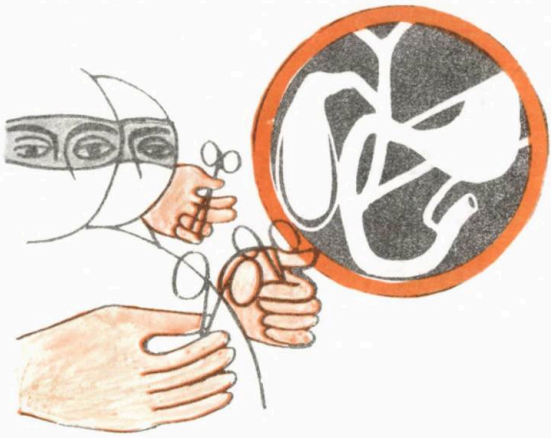
Datorită acestor modificări, vezicula biliară concentrează mai mult bila din interiorul ei, este mai receptivă față de agenții care produc contracția și de aceea se contractă exagerat (este hiperkinetică). Diagnosticul poate fi precizat numai în urma efectuării colecistografiei. În aceste cazuri, tratamentul este chirurgical. Recent, în colesterolaze se aplică și un tratament medical cu acid chinodezoxicolic (substanță conținută în mod normal în bilă), care stabilizează componența bilei, permițînd topirea depozitelor de colesterol din interiorul peretelui veziculei biliare. Deși s-au observat ameliorări importante în cursul tratamentului, vindecarea rămîne însă discutabilă.

Diskineziile biliare reprezintă tulburări ale activității motorii ale căilor biliare extrahepatice, cu leziuni organice minime. Ele pot fi de două feluri : hiperkinezii (exagerare a mișcărilor veziculei biliare) și hipokinezii (lipsa sau scăderea contracțiilor biliare).

Hiperkineziile biliare cel mai frecvent întîlnite sînt secundare. În aceste cazuri, vezicula face eforturi mari, se contractă foarte mult, pentru a putea să învingă un obstacol care împiedică golirea ei. De cele mai multe ori, acest obstacol este reprezentat de leziuni ale canalului cistic, care asigură trecerea bilei din vezicula biliară în canalul biliar principal. Alteori, obstacolul este reprezentat de septuri, strangulări etc.

După cum am menționat, hiperkinezia se poate observa și în colecistoze, datorită dezvoltării anormale a peretelui veziculei biliare. Hiperkineziile pure sînt extrem de rare.

Hipokinezia se observă atunci cînd diminuă sau lipsesc contracțiile veziculei biliare. Acest tip de diskinezie se produce numai atunci cînd peretele veziculei biliare este lezat și deci nu se mai poate contracta sau atunci cînd stimulii normali ai contracțiilor veziculei biliare (nervul vag, hormonul digestiv colecistokinina) sînt deficitari. Asemenea situații se întîlnesc în vagotomii (secționarea nervilor vagi), la bolnavii cu atrofia mucoasei intestinale etc.



În producerea diskineziilor biliare — afecțiuni funcționale ale veziculei biliare — un rol de seamă îl au factorii endogeni (cum sînt cei constituționali, ereditari), disfuncțiile endocrine (ovariene, tulburări menstruale, de menopauză), disfuncțiile tiroidiene, afecțiunile gastrointestinale, precum și factorii exogeni (traume psihice, emoții negative, suprasolicitări nervoase, stări conflictuale). De asemenea, sînt incriminați și factorii alimentari (mese neregulate, copioase, grăsimi și alimente prăjite, băuturi alcoolice, cafeaua, fumatul excesiv).

Nu există semne caracteristice specifice de diskinezie. În formele hiperkinetice predomină durerile, iar în cele hipokinetice, jena, greturile, vărsăturile, cefaleea, constipația. Ele constituie cauze favorizante pentru dezvoltarea infecțiilor și a calculilor. Tratamentul este diferențiat, după tipul diskineziei.

În diskineziile biliare, dieta va fi bogată în proteine și vitamine. Sînt bine tolerate: carnea fiartă sau friptă pe grătar, legumele sub formă de pireuri și soteuri, fructele coapte sau sub formă de compoturi, brînzeturile proaspete și slabe. Decubitul postprandial (culcatul după mese), timp de o oră, este indicat.

De asemenea, sînt recomandate apele minerale cu acțiune colecistokinetică și colagogă de la Slănic Moldova, Olănești, Sîngeorz, Malnaș, Bodoc.

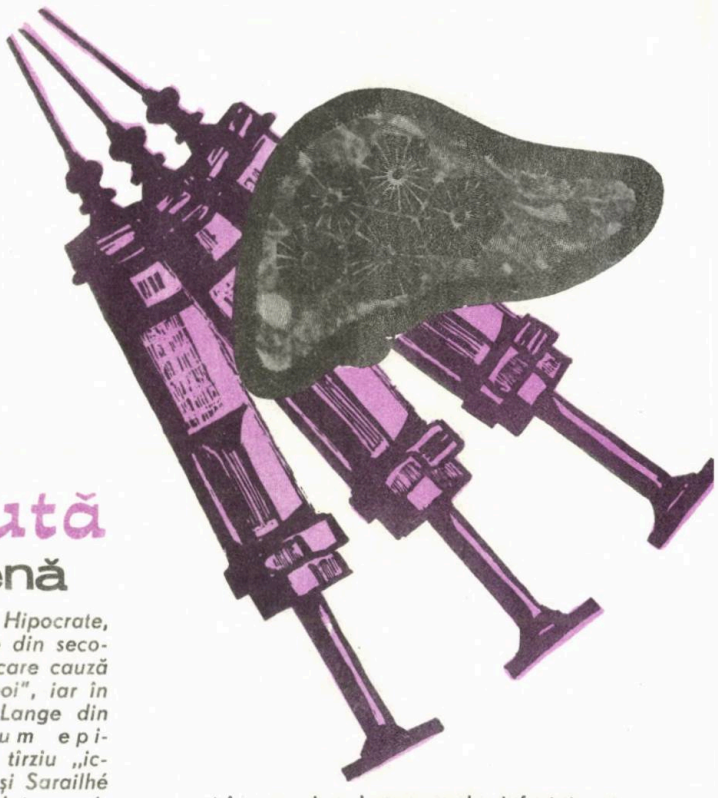
Malformațiile biliare sînt caracterizate prin modificări ale formei și poziției veziculei biliare. Ele se caracterizează prin tulburări ale funcției normale ale veziculei biliare și frecvent se însoțesc de inflamații și litiază.

****

De vorbă cu prof. dr. doc. ALLA VÂȚĂ, I.M.F. Iași despre:

Hepatita virală acută

și lipsa de igienă



– Amintită chiar în scrierile lui Hipocrate, apoi în timpul campaniilor militare din secolele al XVIII-lea și al XIX-lea, din care cauză i s-a mai spus și „boală de război", iar în 1784 de către medicul Martinus Lange din Brașov în „Historia icterorum epidemicorum" și denumită mai tîrziu „icter cataral" de către Cantacuzino și Sarailhé – hepatita epidemică, cea care a dat aproximativ 25 000 de cazuri de îmbolnăviri în Statele Unite în timpul războiului Nord-Sud și alte zeci de mii în 1916 în Europa, după o perioadă de relativă acalmie a intrat din nou în atenția publică, azi, în era medicinii computerizate și a erei cosmice. De fapt, ce este această maladie și ce progrese s-au înregistrat în cunoașterea ei, în ultimii ani ?

– Hepatita virală este o noțiune care include infecțiile cauzate de virusurile hepatitice A, B și C (recent descoperit). Viroză majoră a epocii noastre, ea a fost înscrisă încă din anul 1951 de către Organizația Mondială a Sănătății printre problemele prioritare, avînd în vedere atît cifrele mari de îmbolnăvire prin această afecțiune, înregistrate în numeroase regiuni ale globului, potențialul ridicat de cronicizare pe care-l are infecția cu virus B și C, cît și consecințele economice importante. Pentru a ilustra această afirmație, cităm ca exemplu studiul Institutului de igienă din București, care arată că în anii 1971–1972, durata medie a incapacității temporare de muncă prin hepatita virală a fost de 115 zile.

În cunoașterea acestei boli s-au obținut progrese importante în ultimii 15 ani. Astfel, cercetătorul Blumber – laureat al premiului Nobel în anul 1976 – descoperă antigenul Australia (Ag Au) în serul unui aborigen australian. Curînd, se constată că acest antigen este de fapt *markerul* infecției hepatitice, fiind prezent în organismul persoanelor infectate cu virusul hepatitic B. Folosind electronomicroscopia – metodă modernă de investigare – un alt cercetător, Dane, evidențiază în serul aceloraşi persoane, în anul 1970, prezența virusului hepatitic B. Dar un deosebit progres în domeniul hepatitei A se realizează în anul 1973, de asemenea cu ajutorul electronomicroscopiei, care evidențiază virusul hepatitic A în fecalele persoanelor cu forme clinice și subclinice de infecție.

Aceste progrese permit precizarea tipului de virus care determină hepatita și îndreptățește totodată speranțele în obținerea unui vaccin pentru prevenirea infecției.

– Din bogata cazuistică a datelor relatate de Organizația Mondială a Sănătății, se constată prezența formelor de hepatită prin virus A și B aproape în proporții identice. Care sînt caracterele ce le pot diferenția ?

– În afară de faptul că sînt determinate de două virusuri diferite, aceste două entități infecțioase se diferențiază epidemiologic, clinic, prognostic și imunologic. Astfel, din punct de vedere epidemiologic, hepatita cu virus A se observă în special la copilul preșcolar și școlar și se transmite mai mult pe cale orală, în timp ce hepatita cu virus B evoluează mai frecvent la vîrste mai mari.

Transmiterea se realizează prin intermediul mîinilor murdare (virusul se excretă prin fecale cu 7–10 zile înainte de icter și cu 5–7 zile după apariția acestuia), fiind favorizată de deprinderi sau condiții igienico-sanitare defectuoase. De aceea, în colectivități preșco-

lare și școlare, precum și în familii, extinderea infecției este rapidă.

Mai puțin frecventă este transmiterea hidrică a infecției, prin contaminarea apei potabile sau prin consumul de alimente contaminate. În ceea ce privește virusul hepatitei B, acesta se găsește în sîngele, saliva, laptele matern, sperma, urina bolnavilor cu infecție acută sau cronică și la purtătorii convalescenți sau cronici. Pe glob, există aproximativ 120 de milioane de purtători cronici, 5–15% din foștii bolnavi rămînînd purtători de virus de durată.

Transmiterea se face prin intermediul unor instrumente nesterile, cum sînt : bricele, lamele de bărbierit, foarfecele etc. Este suficientă o cantitate infimă de sînge contaminată cu virus B pentru a determina boala. Existența virusului și în alte produse decît în sînge explică posibilitatea transmiterii acestui tip de hepatită și prin contact direct (sărut, folosirea veselei comune, contact sexual etc.).

Primele simptome de boală în cazul hepatitei cu virus A apar după 7–55 de zile de la contaminare, în timp ce în cazul hepatitei cu virus B apar după 50–180 de zile de la contactul infectant. Chiar și din punct de vedere clinic există o diferențiere. Astfel, hepatita cu virus A se caracterizează printr-o evoluție mai scurtă și mai ușoară, comparativ cu hepatita cu virus B.

Totodată, prognosticul hepatitei cu virus A este mai bun, în timp ce hepatita cu virus B merge către cronicizare, cu posibilitatea de a se ajunge la ciroză. Din punct de vedere imunologic, se constată că imunitatea realizată prin infecție este specifică pentru fiecare tip de virus.

– Cunoscut fiind aspectul adesea necaracteristic al hepatitei virale, care poate deruta atît pe cel în cauză, cît și anturajul, creîndu-se un real pericol de contagiune, ar fi util să se cunoască care sînt semnele de debut ?

– Boala se instalează treptat, prin simptome puțin caracteristice, punînd uneori probleme dificile de diagnostic. Totuși, semnalăm sindromul digestiv, prezent la 70–80% din bolnavi și care constă din : febră, anorexie, gust amar, dezgust pentru fumat, balonări după mese, grețuri sau vărsături. Un alt grup de semne, înmănuncheate în ceea ce numim sindromul pseudogripal, se referă la prezența febrei, guturaiului, faringitei și durerilor musculare. Dar acest sindrom este ceva mai rar.

Alteori, boala debutează printr-un sindrom pseudoreumatismal, concretizat prin dureri musculare și articulare, care nu cedează la repausul la pat și nici la medicația antireumatismală. Rareori, debutul are loc cu astenie persistentă, insomnie, irascibilitate sau cu urticarie. Mai poate debuta și cu dureri în zona apendiculară și colecistică.

In general, simptomatologia de debut este aceeași, indiferent de tipul de virus cauzal.

La copil, tabloul clinic se limitează uneori doar la unele jene apendiculare, realizînd forma anictерică de boală. Medicul precizează însă diagnosticul, chiar de la începutul bolii, înainte de apariția icterului, prin efectuarea unor teste biochimice.

– Avînd în vedere contagiozitatea extrem de mare a hepatitei epidemice la toate vîrstele, care sînt măsurile igienico-dietetice și ce acțiuni profilactice se recomandă a fi luate pentru prevenirea bolii ?

– Tratamentul formelor ușoare și medii de boală se bazează pe repaus fizic și psihic, efectuat în mediul spitalicesc.

Repausul la pat este prima și poate cea mai importantă măsură terapeutică în hepatita virală ; el durează cel puțin pe perioada primelor 2–3 săptămîni de boală și continuă –

cu mai puțină severitate — și după aceea, în următoarele săptămîni sau luni.

Regimul alimentar constituie o a doua măsură terapeutică. Alimentația va fi variată, calorigenă, vitaminată, aspectuoasă și gustoasă, administrată în 5 mese. Vor fi excluse băuturile alcoolice, condimentele, grăsimile animale, sosurile nedietetice, mîncărurile prăjite și alimentele conservate.

În cazurile severe, precum și în cele cronicizate, conduita medicală este diferențiată, în funcție de particularitățile fiecărui caz.

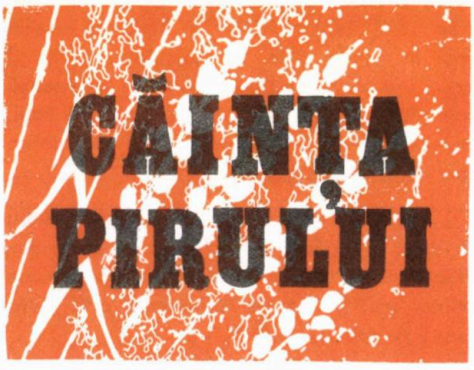
Rezultatele tratamentului sînt condiționate, în mare măsură, de colaborarea pe o lungă durată dintre bolnav, medicul terapeut și medicul de laborator.

În ceea ce privește profilaxia hepatitelor virale, se recomandă următoarele măsuri: depistarea și izolarea obligatorie în spital a bolnavilor pe perioada maximei lor contagiozități, aplicarea riguroasă a măsurilor de igienă personală, cît și igienizarea sectorului alimentar și comunal, evitarea contactului cu bolnavii de hepatită epidemică, distrugerea insectelor purtătoare de virusuri, sterilizarea acelor și seringilor de către cei ce fac injecții la domiciliu, control medical periodic, eliminarea foștilor bolnavi de hepatită epidemică din rîndul donatorilor de sînge.

Dar în ciuda tuturor măsurilor de prevenire, această severă boală infectocontagioasă tinde să devină tot mai frecventă și mai agresivă pentru organismul uman, iar aria de răspîndire cuprinde aproape întreg globul pămîntesc.

În fața acestei situații, cercetători de pretutindeni își concentrează eforturile pentru soluționarea și rezolvarea tuturor necunoscutelor oferite în prezent de hepatita epidemică. Pentru viitorul nu prea îndepărtat există speranța elaborării unui vaccin, care să confere imunitate față de infecția virotică.

REALIZATOR : DR. GEORGE M. GHEORGHE



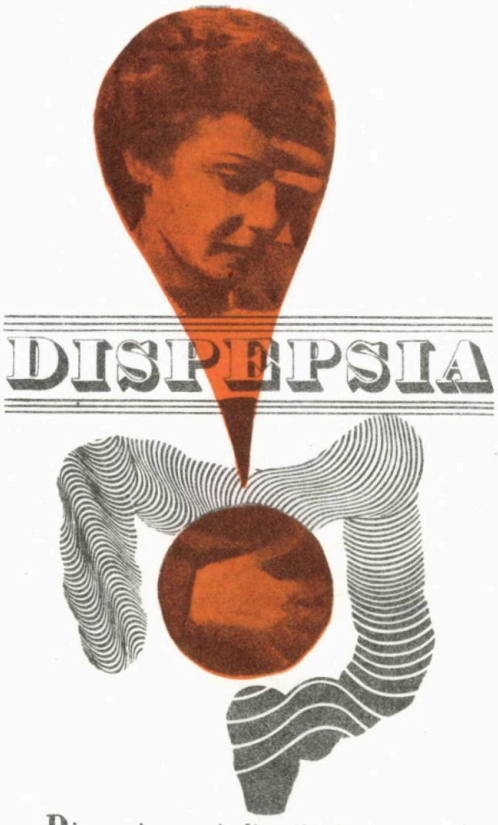
Odată, pirul — rădăcină oarbă,
crescută fără sens și fără friu
și pusă doar să sece și să soarbă
umiditatea solului cu grîu,

ceru, căit de vechea-i perfidie,
să-i fie omenirii de folos.
Și-a fost trimis urgent la farmacie,
dar undeva pe la subsol, mai jos...

Savanți cu nume și cu spirit etic,
tot prelucrînd netrebnicul rizom,
au preparat lichidul diuretic
ce-l ușurează oarecum pe om.

Deci, acceptat în inima cetății,
dăunătorul, îmblînzit nițel,
a devenit util societății...
dar nu trecînd de-un anumit nivel.

ANDREI CIURUNGA



DISPEPSIA

Dispepsia sau indigestia, termen ce desemnează o multitudine de simptome şi tulburări din sfera digestivă, constituie un motiv de suferinţă a multor bolnavi. Dintotdeauna, alimentaţia a oferit omului, pe lîngă plăcere, şi multă suferinţă. Mesele copioase, natura alimentelor, felul lor de preparare, condiţiile speciale în care decurge uneori actul alimentar contribuie adesea la apariţia fenomenului dispeptic. Cu toate că, în condiţiile actuale, omul modern posedă o serie de cunoştinţe legate de igiena alimentaţiei şi de calităţile alimentelor, acuză deseori fenomene dispeptice, ca răspuns al tulburărilor digestive.

Din punct de vedere anatomic, organismul omului este astfel constituit încît funcţia organelor sale nu este sesizată în mod conştient. Procesele metabolice şi digestive sînt programate genetic încît ele se desfăşoară, în mod necesar, în anumite limite, cu anumite variaţii şi autoreglări, care nu se proiectează în sfera conştienţei. Numai atunci cînd ceva se dereglează, cînd ceva se abate de la desfăşurarea normală a fenomenelor, cînd un echilibru este zdruncinat, atunci se produc tulburări, care devin sesizabile de individ.

Modul în care se comportă individul şi organele sale digestive faţă de actul alimentar, precum şi susceptibilitatea acestora de a face faţă digestiei într-o măsură mai mare sau mai mică, depind de o serie de factori, care constituie, în acelaşi timp, şi cauzele tulburărilor dispeptice.

Anumite caractere individuale care ţin de ereditate (prezenţa sau absenţa anumitor enzime, conformaţia anormală a unor organe sau segmente digestive), avînd un anumit tonus neurovegetativ, o anumită constelaţie neuroumorală şi endocrină, intervin în mod cert în actul digestiv. Trecutul patologic al individului (boli digestive în copilărie, boli cronice digestive sau pentru care s-au făcut anumite intervenţii chirurgicale, boli infecţioase digestive etc.), ingestia cronică, abuzivă uneori, a unor medicamente ca aspirina, antinevralgicele, fenilbutazona sau abuzul de cafea şi de alcool pot sta la baza unor tulburări dispeptice.

Alţi factori care influenţează actul digestiv, mai ales în condiţiile vieţii moderne, trepidante, stresante, sînt starea psihică, stările de încordare psihoemoţională, îndeosebi cele cu caracter negativ, în atmosfera cărora se consumă uneori actul alimentar. Supărările, certurile la masă, discuţiile contradictorii, care antrenează încordarea nervoasă, pot duce la o perturbare digestivă imediată.

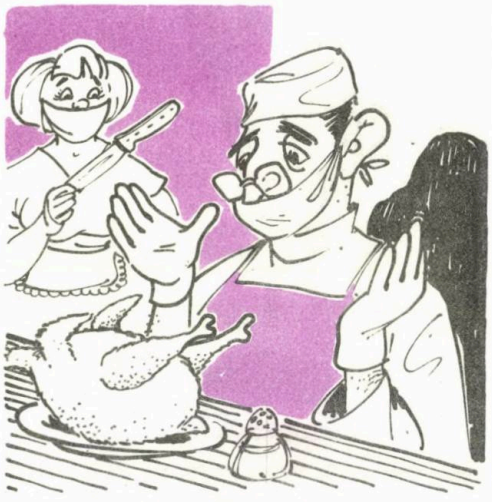
Consumul abuziv al unor anumite principii alimentare sub diferite forme (carne, făinoase, dulciuri, vegetale cu multă celuloză), precum şi factorii amintiţi, conjugaţi actului alimentar, pot duce la apariţia unor tulburări funcţionale digestive, localizate la diferite segmente ale tubului digestiv (acolo unde terenul este propice), manifestîndu-se sub variate semne şi simptome, care definesc *dispepsia* sau *indigestia*.

Simptomul cel mai important îl constituie însă durerea. Aceasta este resimţită în general sub formă de jenă abdominală sau de durere propriu-zisă în tot abdomenul sau pe flancuri, sub rebordul costal drept sau stîng, ori în epigastru. Uneori, durerea este resimţită chiar sub formă de crampe. Poate fi de origine esofagiană, gastrică, pancreatică, biliară sau intestinală. Durerile pot fi continue, intermitente, la un anumit interval după mese sau noaptea. Un alt grup de simptome dispeptice se datoresc producerii excesive de gaze pe traiectul tubului digestiv şi se manifestă prin eructaţii (rîgîieli), flatulenţă, borborisme, balonări abdominale. Se mai pot adăuga uneori arsuri epigastrice (pirozis), senzaţia de amar, regurgitaţii acide sau amare, greţuri sau chiar vărsături. Bolnavii sînt inapetenţi uneori, pot să scadă în greutate, prezintă o stare de disconfort, mai ales după mese. Cu toate aceste tulburări, de cele mai multe ori starea generală a bolnavului este bună. Desigur că nu toate aceste simptome se întîlnesc reunite la un acelaşi bolnav dispeptic.

Uneori, fenomenele dispeptice sînt mai grupate şi mai sistematizate. După cum este cunoscut, la nivelul intestinului, glu-

cidele suferă un proces de fermentație, iar proteinele un proces de putrefacție, sub influența populației microbiene de la acest nivel. Cînd aportul de alimente bogate în vegetale cu multă celuloză (pîine neagră, fructe, zarzavaturi) sau lapte crește, ori este crescut aportul de carne, precum și în prezența unor tulburări de secreție gastrică, pancreatică sau biliară, la care se poate adăuga o sensibilitate crescută a mucoasei intestinale, apare dispepsia de fermentație sau de putrefacție, cu excitarea peristaltismului intestinal și cu diaree. *Dispepsia de fermentație*, datorită tulburării digestiei glucidelor, este însoțită de producerea exagerată de gaze intestinale și se manifestă prin meteorism, borborisme și flatulență. Sînt eliminate odată cu materiile fecale gaze cu miros acru pătrunzător. Scaunele sînt deschise la culoare și au reacție acidă. *Dispepsia de putrefacție*, datorită tulburării digestiei proteinelor, se manifestă prin eliminarea unor scaune păstoase, urît mirositoare, și cu o reacție alcalină. În tulburările de digestie a grăsimilor prin deficit biliar, pancreatic sau intestinal, se poate produce o *dispepsie cu săpunuri*, în care bolnavii se plîng de scăderea poftei de mîncare, senzație de plenitudine abdominală, eructații, balonări, dureri abdominale sub formă de crampe, la aproximativ o oră după masă. Scaunele conțin mari cantități de săpun cristalizat, acizi grași și bule de grăsime. Uneori, apare diaree și o stare de rău general. Pot fi prezente, de asemenea, în caz că fenomenele trenează mai mult timp, diverse tulburări de absorbție intestinală, cu repercusiuni asupra stării generale a organismului.

Unele persoane prezintă din partea tractusului intestinal manifestări de intoleranță sau de alergie față de anumite alimente, ceea ce se traduce prin : dureri, erupții cutanate, prurit, scaune diareice.



— Bisturiul, soră !...

Aerofagia și fermentațiile intestinale excesive produc, prin distensia porțiunii superioare a stomacului (aerogastrie) și a intestinului gros (aerocolie), dureri în regiunea toracică anterioară și stîngă, simulînd uneori dureri din sfera bolilor de inimă și vase.

Tulburări ale digestiei se mai pot produce în bolile renale, cardiace, tuberculoză pulmonară, boli neoplazice. Dispepsia sau indigestia este însoțită, în acest caz, și de alte semne generale ale bolilor de bază.

Dar care este atitudinea pe care trebuie să o aibă un bolnav cu tulburări dispeptice ? Este foarte important ca bolnavul să sesizeze simptomele care apar, modalitatea și circumstanțele de apariție, modul de manifestare, cît durează și cînd cedează. De asemenea, este util să observe dacă tulburările sînt legate de alimentație și care aliment anume este răspunzător de tulburările manifestate. Toate aceste date prezintă o deosebită importanță pentru precizarea diagnosticului și de aceea ele trebuie raportate medicului consultant.

Semnificația pe care o pot avea tulburările dispeptice este numai de competența medicului. Abuz de alimente care suprasolicită sau tulbură digestia, disproporție între aport și posibilități de digestie, particularități individuale ereditare sau dobîndite ale structurilor digestive, condiții psihice deosebite în care se consumă actul alimentar pot fi tot atîtea cauze ale dispepsiei sau

indigestiei. De asemenea, aceste fenomene dispeptice se pot constitui ca un epifenomen al bolilor esofagiene, gastrice, biliare, pancreatice şi intestinale. Din această cauză, medicul, avînd în vedere toate aceste posibilităţi, nu minimalizează niciodată importanţa indigestiei sau a tulburărilor dispeptice şi nu prescrie un tratament igienodietetic sau simptomatic decît după ce a eliminat eventualitatea unei boli de organ.

Dar dispepsia sau indigestia poate fi şi un fenomen trecător, legat de un factor extern organismului, care acţionează temporar, însă ea poate fi legată şi de o tară organică, care necesită cercetări, sau poate fi un epifenomen în cadrul unei boli, care trebuie depistată la vreme pentru a putea fi tratată eficient.

Cunoaşterea acestor relaţii, stabilirea semnificaţiei şi importanţa lor, duc, fără îndoială, la fundamentarea unui tratament ştiinţific.

Dr. GH. BUCUR

Clinica medicală, Spitalul „Brîncoveneşc"

ALIMENTAŢIA RAŢIONALĂ ÎN PATOLOGIA DIGESTIVĂ

Dr. doc. I. GHERMAN

MEDIC PRIMAR
CENTRUL DE GASTROENTEROLOGIE,
SPITALUL CLINIC „FUNDENI"

Este bine cunoscut faptul că între alimentaţia neraţională şi diferitele suferinţe ale aparatului digestiv există o strînsă legătură, şi aceasta deoarece lui îi revine sarcina de a asigura hrana întregului organism, iar greşelile de alimentaţie se răsfrîng, fără îndoială, asupra acestui aparat. Aşa, de exemplu, stomacul este unul din organele care are cel mai frecvent de suferit de pe urma diferitelor erori de alimentaţie. Alimentele îşi pot exercita acţiunea vătămătoare asupra stomacului pe diferite căi. Destul de des, o alimentaţie defectuoasă poate fi determinată de o masticaţie insuficientă, întîlnită la cei cu dantura deficitară sau la cei care sînt obişnuiţi să mănînce la ore neregulate şi în grabă, aşa-zis „din fugă" sau „din picioare". Alimentele insuficient prelucrate în cavitatea bucală vor provoca congestia şi iritaţia mucoasei stomacului. O influenţă asemănătoare o exercită asupra stomacului şi mesele copioase, uneori prea bogate în celuloză şi care, pe lîngă tulburări digestive, mai pot cauza şi tulburări extradigestive destul de severe (cardiace, endocrine etc.). O influenţă nefavorabilă asupra mucoasei gastrice o au, de asemenea, alimentele prea fierbinţi, care ajung în stomac cu o temperatură de peste 50°, sau acelea prea reci.

O altă categorie de alimente îşi exercită influenţa nefavorabilă asupra stomacului prin rolul de excitanţi ai secreţiei gastrice pe care îl au. Dintre acestea fac parte, în primul rînd, condimente ca : ardeiul, muştarul, piperul, oţetul etc. Un rol asemănător îl au şi sosurile, rîntaşurile, grăsimile prăjite, carnea grasă, vînatul, legumele tari (ceapă, usturoi, castraveţi, linte, fasole boabe), cafeaua, tutunul şi mai cu seamă băuturile alcoolice. După cum se ştie, excesul de tutun şi abuzul de alcool îl întîlnim destul de frecvent în antecedentele bolnavilor cu afecţiuni gastrice, hepatobiliare sau pancreatice. De asemenea, vor fi evitate alimentele preparate din aluat dospit.

Aceste date ne permit să afirmăm că în determinarea unor boli ale stomacului — cum sînt unele gastrite sau boala ulceroasă —, pe lîngă rolul care revine unui

teren anume, unei predispoziții cu care ne naștem, unui ritm de viață dezordonat, suprasolicitărilor sau diferitelor traume psihice, un rol nu mai puțin însemnat poate fi atribuit și factorului alimentar.

Este de reținut că și subalimentația, care, pe lîngă faptul că scade rezistența generală a organismului, exercită o acțiune asemănătoare asupra mucoasei gastrice, favorizînd apariția unor afecțiuni la nivelul tubului digestiv.

Toate acestea pledează pentru importanța pe care o are în profilaxia bolilor digestive o alimentație rațională, în care trebuie să se țină seama de o serie de reguli de igienă alimentară și din care să se elimine orice fel de abuz.

O atenție deosebită trebuie acordată regimurilor alimentare de durată, cînd tratamentului medicamentos i se va asocia o dietă corespunzătoare. Și dacă unele greșeli de alimentație trebuie evitate cu grijă de persoanele sănătoase în scopul prevenirii unor boli digestive, aceasta cu atît mai mult se impune atunci cînd este vorba de bolnavi ale căror afecțiuni se cer vindecate.

Dietetica modernă trebuie să evite regimurile dezechilibrate, restrictive, dăunătoare nutriției generale a bolnavului, fapt cu atît mai necesar în bolile cronice de stomac de lungă durată. Alimentația trebuie să intervină activ în sensul readaptării treptate a bolnavului la o alimentație normală. Exagerările într-un sens sau altul sînt dăunătoare.

Astfel, o alimentație unilaterală, prin modificările pe care le aduce în echilibrul florei bacteriene intestinale, poate să ducă la diferite tulburări în activitatea intestinului subțire și, mai ales, a intestinului gros. De aceea, în practică, pe lîngă alte colopatii, se întîlnesc și colopatii de fermentație și de putrefacție, care nu sînt altceva decît colopatii funcționale, rezultate din dezvoltarea exagerată a unei grupe de bacterii intestinale sau a alteia. Astfel, de exemplu, exacerbarea florei de fermentație duce, desigur, la o colopatie de fermentație, iar aceea a florei de putrefacție, la o colopatie de putrefacție. Cum flora bacteriană suferă direct influența regimului alimentar, este evidentă importanța regimului dietetic în tratamentul stărilor colitice prelungite.

Colopatia de fermentație apare mai frecvent după acele regimuri alimentare care aduc un aport excesiv de dulciuri concentrate, după regimuri bogate în celuloză, adică, legume verzi, fructe și mai ales leguminoase uscate (fasole, mazăre, linte, bob), după exces de cartofi, pîine și făinoase. În aceste cazuri vor fi interzise laptele și derivatele acestuia (chefir, iaurt), deoarece lactoza se digeră greu și, ajunsă în cec, întreține fermentația.

Sînt permise, în schimb, mono- și dizaharidele (glucoza, zaharoza, mierea), precum și hidrocarbonatele ușor digestibile, care se absorb în întregime în intestinul subțire (făinuri bine rafinate, gelatine de fructe bogate în pectine, griș, orez și cartofi numai în cantități moderate).

Severitatea regimului, ca și durata acestuia, depind de intensitatea și vechimea bolii.

În cazurile mai puțin ușoare, se va administra, pe o perioadă de 2—3 zile, o dietă hidrică, compusă din ceai de sunătoare, mentă sau mușețel, după care se va trece la carne slabă, ouă, brînzeturi nefermentate, unt proaspăt adăugat la servirea alimentelor și pîine albă prăjită în cantitate redusă, iar mai tîrziu, supe cu făinoase sau chiar făinoase. Laptele, fructele și legumele crude, în schimb, se interzic pe o perioadă mai lungă de timp.

Colopatia de putrefacție, opusă celei de fermentație, se datorește unei dezvoltări exagerate a florei proteolitice de putrefacție. Boala se întîlnește mai frecvent la persoanele care fac abuz de carne sau produse de carne și la care digestia și absorbția proteinelor nu se efectuează complet. Ca atare, acestea sînt insuficient digerate în intestinul subțire, ajung apoi în colon,

unde vor fi supuse acțiunii florei de putrefacție, iritînd peretele colic și accelerînd tranzitul. În tratamentul unor asemenea bolnavi, regimul alimentar ocupă, de asemenea, un loc important. El va fi, în linii mari, un regim de cruțare intestinală, din care se cere să excludem : legumele și fructele crude bogate în celuloză, legumele uscate (fasolea), care conțin atît amidon greu digestibil, cît și albumine vegetale, alimente iritante pentru colon (viscere, conserve de carne, afumături, cărnuri fezandate, mezeluri, brînzeturi fermentate). Se va începe cu ceaiuri, supe strecurate de zarzavat, apoi iaurt, supe de făinoase, biscuiți etc. Carnea, ouăle sau brînzeturile nefermentate se vor adăuga mai tîrziu, în funcție de evoluția bolii.

Din cele relatate, putem constata că în profilaxia sau în ameliorarea crizelor afecțiunilor digestive, pe lîngă evitarea stresurilor, a stărilor conflictuale, se impune un regim de viață igienic și o alimentație rațională, lipsită de abuzuri.

BALNEOFIZIOTERAPIA ȘI RECUPERAREA MEDICALĂ

Prevenirea îmbolnăvirii și promovarea stării de sănătate constituie orientarea actuală a medicinii moderne. În complexul de măsuri menite să răspundă acestui deziderat, balneoclimatologia și fizioterapia ocupă un loc important. Folosirea factorilor naturali (ape minerale, nămoluri, climă) și a factorilor fizici are origini foarte vechi. Lui Herodot îi revine meritul de a fi pus bazele tratamentului balnear rațional acum 2 500 de ani, grecii au preluat și ei folosirea apelor termale în scop terapeutic, iar romanii au desăvîrșit, din punct de vedere tehnic, exploatarea lor.

Stațiuni balneare ca Herculane, Felix, Geoagiu — care datează din epoca romană — arată continuitatea și, în același timp, atestă valoarea terapeutică a acestei forme de tratament, pînă în zilele noastre. Terapia cu factori naturali face parte integrantă din terapia de reglare, acționînd prin intermediul sistemelor de integrare, reprezentate de : sistemul nervos și endocrin, sistemele de legătură, umorale și sistemul efector, la rîndul lui reprezentat de diversele aparate ale organismului uman.

Reacțiile care rezultă sînt : de apărare, de adaptare, de compensație și de regenerare funcțională și structurală. Ele explică eficiența tratamentelor aplicate în diversele etape ale bolii, precum și aspectele de profilaxie.

Profilaxia primară, prin care înțelegem prevenirea îmbolnăvirii, se realizează prin creșterea rezistenței organismului față de boală sau prin influențarea interrelațiilor organism-mediu, prin intermediul îmbunătățirii reacțiilor de adaptare. Demne de menționat sînt curele heliomarine cu efectele lor favorabile asupra dezvoltării somatice a copilului, influențînd și metabolismul calciului, în sensul utilizării eficiente a acestui element atît de important în consolidarea sistemului osos. De asemenea, măduva osoasă, generatoare de globule roșii, este stimulată, asigurînd copilului echilibrul hematic și prevenind sau corijînd stările de anemie.

În perioada ce precedă trecerea de la copilărie spre pubertate, litoralul își pune amprenta pe sistemul endocrin, care este foarte receptiv la acești stimuli naturali.

Dar de profilaxie vorbim și la adult. În cadrul diverselor profesii pe care acesta le are de îndeplinit, poate veni în contact cu diferite noxe ca : praf, scame diverse, gaze toxice, care, prin inhalare, pot constitui în timp factori generatori ai unor boli ale căilor respiratorii.

Petrecerea concediului de odihnă în stațiuni balneare, pe lîngă asigurarea unei ventilații pulmonare cu aer curat și bogat în oxigen, oferă posibilitatea folosirii sub formă de inhalații și aerosoli a apelor minerale, cu diverse compoziții chimice.

Acestea revitalizează mucoasa căilor respiratorii, îmbunătățesc circulația și favorizează eliminarea factorilor nocivi inhalați în cursul procesului de muncă.

Curele pe litoral sînt, de asemenea, indicate, datorită efectelor favorabile ale aerosolilor marini, cît și datorită acțiunii talasoterapiei asupra musculaturii, inclusiv asupra aparatului respirator.

Pentru persoanele care lucrează cu unelte generatoare de trepidații sau au o activitate care, prin repetiție, constituie o sursă de microtraumatisme pentru unele articulații, sau lucrează în medii cu variații de temperatură etc., cura naturistă, respectiv ungerea cu nămol rece, precedată și urmată de expunerea la soare și baie în mare sau lacuri sărate, reprezintă o valoroasă metodă de prevenire a instalării unor procese degenerative, artrozice.

Dar nu putem trece peste modul în care trebuie folosiți factorii menționați de către omul sănătos. După cum am văzut, acțiunea lor se bazează pe influențarea unor verigi fiziologice foarte receptive ale organismului. În caz de supradozare, stimulii naturali vor genera, fără îndoială, efecte negative. Amintim în acest sens expunerile excesiv de prelungite la soare sau expunerea după o noapte cu ore puține de somn și consum de băuturi alcoolice. De asemenea, reamintim curiozitatea nestăpînită a unora de a cunoaște calitățile gustative ale apelor minerale din stațiunile de cură internă, satisfăcută prin degustarea tuturor izvoarelor. Dar exemplele sînt numeroase. Or, în aceste condiții, este clar că noțiunea de „profilaxie" este total compromisă.

Rezultatele favorabile obținute în condițiile folosirii corecte a tratamentelor balneoclimaterice și fizicale se mențin dacă sînt întreținute și în restul anului. Antrenarea aparatului locomotor și respirator prin exerciții de gimnastică efectuate cu regularitate, mersul pe jos, dușurile alternante (cald-rece) sînt doar cîteva exemple de măsuri igienice și de profilaxie în prevenirea și combaterea unor boli, în îmbunătățirea mecanismelor de apărare a organismului.

În cazul bolilor constituite se pune problema tratării acestora, iar agenții fizici și balneoclimaterici constituie etape în cadrul unui plan complex de tratament, gîndit în perspectivă. De această dată, tratamentul dietetic și medicamentos, în funcție de stadiul bolii, vor ocupa locul principal sau adjuvant în relația cu terapia balneofizicală. De reținut că, în fazele acute ale bolilor, tratamentele cu agenți fizici și balneoclimatoterapia sînt contraindicate.

Orientarea terapeutică în bolile constituite are drept scop prevenirea evoluției bolii spre stadii mai avansate sau să împiedice recidivele în cazul formelor stabilizate prin tratament și să preîntîmpine complicațiile. Hipertensiunea arterială esențială, caracterizată prin creșterea valorii tensiunii maxime și minime, exemplifică acest gen de orientare terapeutică. Indicațiile igienice referitoare la evitarea stresurilor, asigurarea orelor de somn, dieta hiposodată, evitarea excitantelor și asigurarea unui orar de masă adecvat, dozarea efortului, precum și tratamentul medicamentos aplicat conform schemei indicate de medic au o valoare absolută și ocupă un loc principal în toate fazele evolutive ale acestei boli.

Curele balneare în stațiuni cu ape minerale carbogazoase și mofete (conținînd CO_2) constituie etape în cadrul planului terapeutic, menite să aducă un plus de eficiență tratamentului general al hipertensiunii. Aceasta se realizează prin scoaterea bolnavului din mediul stresant, prin asigurarea unui regim de viață menit să restabilească bioritmurile sale, orele de veghe și somn, orarul alimentației, o bună oxigenare a plămînului.

În ceea ce privește tratamentul balnear, este cunoscută acțiunea vasodilatatoare a CO_2 asupra rețelei arteriale periferice și efectele hipotensoare consecutive.

Atitudinea față de tratamentul medicamentos va fi impusă de caracteristicile evolutive ale bolii. În cazul în care tratamentul medicamentos, corect urmat, a avut o eficiență bine verificată prin controale repetate, confirmînd menținerea valorilor scăzute ale tensiunii arteriale, se poate face o pauză care să se suprapună cu perioada curei balneare. Sînt situații în care se păstrează medicația de fond la aceiași parametri sau se reduc dozele concomitent cu tratamentul balneoclimateric. Aceste

atitudini sînt apreciate la fiecare caz în parte şi constituie rezultatul unei concluzii bazate pe coroborarea observaţiilor celor doi specialişti : cardiolog şi balneolog.

Pentru ca rezultatele tratamentului balnear să fie optime, este necesar să subliniem că numai hipertensiunea arterială esenţială în stadiile incipiente beneficiază de curele carbogazoase. Stadiile avansate ale bolii, cu leziuni evidenţiate prin examenul fundului de ochi, prin electrocardiograme, prin examenul funcţiei rinichiului, precum şi cele cu semne de insuficienţă cardiacă sînt contraindicate pentru cure balneare, tratamentul acestor bolnavi efectuîndu-se în spital.

O altă orientare terapeutică se impune în *arteriopatia obliterantă periferică*, cunoscută în vorbirea curentă prin denumirea de arterită aterosclerotică.

În acest caz, obiectivele terapeutice îşi propun recuperarea funcţională, adică găsirea unor posibilităţi de suplinire a funcţiei pierdute prin boală şi creşterea posibilităţilor de adaptare la condiţiile solicitante ale efortului profesional şi social.

În situaţia în care arterele principale devin inapte să irige cu sînge teritoriile care depind de ele, datorită modificărilor aterosclerotice, soarta ţesuturilor respective (nutriţia şi aportul de oxigen) depinde de rezervele funcţionale şi de posibilităţile de dezvoltare ale circulaţiei colaterale. Este necesară folosirea unui complex terapeutic, a cărui reuşită depinde de gradul de cooperare a bolnavului.

Se cunoaşte că cel mai fiziologic mijloc de dezvoltare a circulaţiei arteriale colaterale este contracţia musculară, în cadrul exerciţiilor fizice de solicitare. Aici se încadrează programele de exerciţii de mers cu ritm dozat, intercalate de pauze, pedalări la bicicleta ergometrică cu încărcare progresivă sau mersul pe covor rulant. Toate acestea trebuie efectuate în condiţii de antrenament, deci cu regularitate, şi în timp suficient, pentru a dezvolta reţeaua arterială colaterală.

Ceea ce se cîştigă prin exerciţiu se menţine şi se întreţine prin măsuri suplimentare ca, de exemplu, mersul pe jos, urcatul scărilor etc.

Concomitent, se indică şi o serie de factori fizici, cărora le este recunoscută acţiunea vasodilatatoare pe reţeaua arterială : băile galvanice, aplicarea de căldură pe regiunea lombară pentru acţiunea reflexă pe circulaţia distală, ionogalvanizările, cu ajutorul cărora se pot introduce substanţe medicamentoase cu acelaşi efect.

Staţiunile balneare indicate sînt cele care posedă nămoluri şi băi cu bioxid de carbon : Buziaş, Tuşnad, Vatra Dornei etc.

Tratamentele cu medicamente nu pot influenţa vasul principal ai cărui pereţi modificaţi de procesul aterosclerotic nu mai răspund la acţiunea vasodilatatoare a acestora. În schimb, ele pot influenţa circulaţia colaterală, eliminînd tendinţa la spasticitate şi contribuind la creşterea eficienţei complexelor de kinetoterapie aplicată.

Bolnavul trebuie să cunoască şi să respecte unele măsuri cu caracter igienic. Astfel, el va purta numai ciorapi de bumbac sau lînă (nu din fibre sintetice), nu va folosi jartiere, deoarece acestea strangulează circulaţia şi aşa deficitară, va purta încălţăminte comodă şi călduroasă, va păstra o igienă perfectă a picioarelor, va evita orice traumatizare, deoarece rănile se vindecă greu pe nişte ţesuturi prost irigate. Nu se vor folosi dezinfectante iritante pentru piele. Consumul de alcooluri tari constituie un factor care favorizează extinderea procesului de arterioscleroză. Justificarea folosirii lor în scop vasodilatator este neîntemeiată.

Atragem atenţia că fumatul este factorul cel mai nociv pentru circulaţia arterială. Acesta anulează efectele vasodilatatoare ale tratamentelor aplicate. Prin spasticitatea pe care o determină nicotina şi ceilalţi produşi ai tutunului pe reţeaua vasculară accentuează ischemia ţesuturilor, ducînd progresiv şi sigur spre fenomenul ireversibil, spre gangrenă, ce necesită măsuri chirurgicale mutilante.

Bolnavul cu arterită aterosclerotică trebuie să fie convins că reuşita recuperării funcţionale depinde de precocitatea începerii tratamentului şi de participarea activă a sa la asigurarea condiţiilor propice obţinerii efectelor scontate.

O altă boală la care planul terapeutic este orientat în sensul recuperării funcţionale este *spondilita anchilozantă*, încadrată în grupa bolilor reumatismale inflamatorii cronice, evolutive progresive, cu tendinţă de trecere de la fenomene in-

flamatorii articulare spre fibroză și apoi spre anchiloză.

Avînd în vedere debutul la vîrsta tînără, cu precădere la bărbați în plină activitate, se impune o atenție deosebită în aplicarea timpurie a unui tratament menit să prevină deformările coloanei vertebrale și să recupereze funcțional mobilitatea articulară. În paralel cu tratamentul medicamentos, trebuie folosită larg terapia cu agenți fizici și balneoclimaterici.

Deoarece procesul inflamator trece de la articulațiile sacroiliace la coloana vertebrală, este necesar să se ia măsuri pentru menținerea formei acesteia. În acest scop, bolnavul va dormi pe pat tare (realizat prin aplicarea unui planșeu de scîndură sub saltea). O pernă mică în formă de sul sub regiunea lombară și alta sub ceafă vor contribui la păstrarea curburilor fiziologice. În același scop se vor intercala, în orele de repaus, unele posturi ca, de exemplu, poziția culcat cu fața în jos și sprijinit pe antebrațe, denumită poziția sfinx. O grijă deosebită trebuie avută pentru menținerea elasticității cutiei toracice. Modificări intervenite în cursul bolii la nivelul coloanei vertebrale și al articulațiilor costovertebrale influențează negativ dinamica respiratorie. Pentru prevenirea lor, este necesar ca exercițiile de gimnastică care se adresează cutiei toracice și influențează inspirul și expirul să intre în obiceiurile obligatorii ale bolnavului încă din stadiile incipiente ale bolii.

Pentru protejarea unghiurilor de mobilitate utile de la articulațiile șoldului, necesare pentru sprijin și mers, este bine să se folosească poziția culcat cu fața în jos, pe plan tare, și aplicarea unor săculețe cu nisip pe regiunea sacrată.

De asemenea, se recomandă evitarea statului prelungit în fotoliu, iar dacă profesia bolnavului necesită perioade îndelungate de stat pe scaun, se indică intercalarea de pauze în timpul lucrului, în care va executa scurte programe de exerciții cunoscute.

Tratamentul medicamentos trebuie urmat cu regularitate. Pentru potențarea efectelor acestuia, se pot folosi concomitent mijloace de terapie fizicală : ionizări cu salicilat de sodiu, ultrasonoterapie, infraroșii, împachetări cu parafină, masaj etc. În funcție de evoluția bolii și la indicația medicului, pacientul va face tratament balnear, de preferat de două ori pe an, dacă nu sînt contraindicații de alt ordin.

Este bine să se aleagă stațiuni care au posibilitatea folosirii apelor minerale încălzite în bazine, cum sînt : Mangalia, Felix, Eforie, Herculane etc.

Pe lîngă efectele ce revin compoziției chimice a apei minerale, se adaugă posibilitatea executării unui program de hidrokinetoterapie, în condiții de descărcare ponderală și relaxare musculară. Se folosesc, în acest scop, o gamă largă de exerciții, începînd cu cele mai simple și culminînd cu exerciții de mare complexitate, în care înotul este un exemplu de urmat.

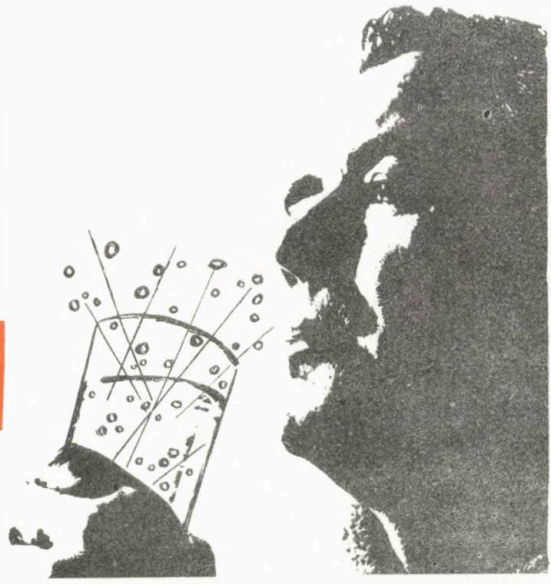
Din multitudinea bolilor beneficiare de terapia fizicală și balneoclimatică am menționat doar cîteva, în dorința de a ilustra posibilitățile largi de care dispune terapia modernă.

ELENA BERLESCU

Doctor în științe medicale

— De ce plîngi ? Era un doctor așa de bun ?
— Da de unde, însă ghicea în cafea ceva grozav !...

Cura de APE MINERALE în afecţiunile digestive



În tratamentul unor boli cronice, un loc important îl ocupă cura hidrominerală. O asemenea terapie cu ape minerale şi-a găsit o largă aplicare în ţara noastră, datorită numărului mare de staţiuni balneoclimaterice şi îndeosebi dezvoltării bazei materiale din ultimii ani în toate aceste staţiuni.

Pe lîngă alte afecţiuni, de pe urma curelor de ape minerale pot beneficia şi o parte din afecţiunile gastrointestinale sau hepatobiliare.

Apele minerale îşi pot exercita influenţa asupra stomacului şi intestinului printr-o acţiune directă, aşa-zisă electivă, sau printr-o acţiune indirectă, pe cale nervoasă. Acţiunea indirectă se realizează prin apele neurosedative, care administrate pe cale externă — sub formă de băi, duşuri locale sau comprese — scad excitabilitatea plexurilor nervoase. Efecte favorabile mai evidente în afecţiunile gastrointestinale se obţin însă de pe urma acţiunii directe a apelor minerale.

Administrate pe cale bucală, aceste ape, prin conţinutul lor în diferite substanţe chimice sau gaze, intervin direct şi prin mecanisme variate asupra mucoasei gastrointestinale şi asupra diferitelor funcţii digestive.

Un rol de seamă îl deţin, în primul rînd, apele *alcaline* sau *bicarbonatate*, recomandate îndeosebi în diferite gastropatii. Asemenea ape conţin izvoarele de la Covasna, Malnaş, Bodoc etc. Mai cunoscute prin efectele lor favorabile sînt însă apele bicarbonatate şi clorurate de la Singiorz.

De o largă apreciere în tratamentul hidrominerał al bolilor gastrointestinale se bucură şi izvoarele *clorurate-sodice*, pe care le întîlnim, de asemenea, în mai multe staţiuni balneoclimaterice din ţara noastră (Băile Herculane, Sărata-Monteoru, Călimăneşti, Olăneşti etc.). Apreciate în mod deosebit sînt şi apele *clorurate-bicarbonatate* din izvoarele de la Slănic-Moldova, staţiune cu deosebire recomandată bolnavilor digestivi. Efecte la fel de bune în bolile gastrointestinale se pot obţine şi prin apele *sulfatate*, întîlnite în izvoarele de la Govora, Olăneşti şi Slănic-Moldova.

În general, contraindicate în ulcerele gastrice sau duodenale active şi în hemoragiile digestive, ele sînt, în schimb, utilizate cu certe efecte pozitive în gastrite, sindroamele dispeptice, nevrozele gastrice, constipaţii sau diaree, ca şi în diferite alte colonopatii.

După cum am menţionat, numeroase afecţiuni hepatobiliare pot beneficia, de asemenea, de un tratament hidromineral. Ficatul, prin poziţia sa anatomică, este mai puţin supus decît stomacul acţiunii directe a apelor minerale ingerate. Însă datorită rolului său de adevărat „laborator" în economia organismului, celulele hepatice ajung să fie şi ele influenţate de apa ingerată şi de electroliţii pe care aceasta îi conţine.

Dealtfel există numeroase observaţii clinice şi experimentale, care pledează pentru influenţa pe care apele minerale o exercită asupra multiplelor funcţii ale ficatului şi ale căilor biliare.

Apele minerale mai cunoscute în tratamentul afecţiunilor hepatobiliare sînt cele *alcaline-bicarbonatate-sodice*, apele *clorurate-sodice*, apele *sulfatate-sodice-calcice* sau

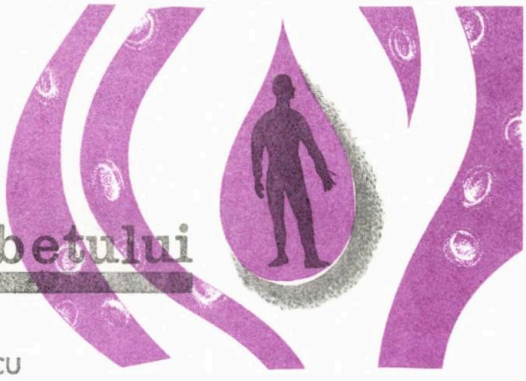
magneziene, apele *sulfuroase*, precum și cele *termale*. Izvoare cum sînt cele de la Malnaș, Slănic-Moldova, Govora, Olănești sau Căciulata-Călimănești sînt, pe bună dreptate, apreciate și căutate de bolnavii hepatici sau biliari. Cura de ape minerale, contraindicată în hepatitele acute și în cirozele progresive și, în general, în afecțiunile hepatobiliare asociate cu boli infecțioase sau cu tumori maligne, devine de un real folos și este recomandată în hepatitele și colecistitele cronice litiazice sau nelitiazice, în sechelele după operații pe căi biliare, în angiocolitele cronice și în diskineziile biliare.

Efectele favorabile care se pot obține de pe urma tratamentului hidromineral ne obligă să ținem întotdeauna seama de indicațiile și contraindicațiile respective și să ne supunem modului de administrare ce ne este recomandat de medicul de specialitate.

Folosirea judicioasă a apelor minerale în tratamentul diferitelor boli nu este lipsită de importanță, într-o perioadă în care abuzurile terapiei medicamentoase se fac tot mai resimțite.

Dr. doc. I. GHERMAN
CENTRUL DE GASTROENTEROLOGIE,
SPITALUL CLINIC „FUNDENI"

concepții noi în prevenirea și tratamentul diabetului



Prof. dr. doc. IULIAN MINCU

Problema diabetului, a prevenirii și a combaterii acestuia se află actualmente în atenția cercetătorilor din lumea întreagă. Aceasta se explică prin faptul că frecvența acestei boli a crescut vertiginos, vîrsta la care apare este relativ tînără, iar complicațiile cronice la care poate să ducă atunci cînd nu este bine tratat sînt redutabile. Astfel, dacă diabetul zaharat se întîlnea, în 1938, numai la 0,5% pe plan internațional, astăzi a ajuns la procente care variază între 4 și 8. Deși apare la toate vîrstele, prevalența sa predomină la categoria de vîrstă 40—60 de ani, adică acele vîrste care prezintă un maximum de eficiență pe plan social. Astăzi, media de viață a unui diabetic disciplinat, corect tratat, este egală cu aceea a individului nediabetic, iar capacitățile de realizare atît pe plan social, cît și familial, sînt identice. Dealtfel, în concepția noastră, diabeticul este „un om sănătos, căruia îi lipsește insulina" sau un individ care se află într-o stare de „sănătate condiționată". În cazul în care tratamentul este incorect aplicat sau indicațiile medicale nu sînt respectate, se poate ajunge la complicații degenerative grave de tipul micro- și macroangiopatiei diabetice. Așa se explică de ce diabetul poate să ducă la orbire de 25 de ori, mai mult decît în alte cazuri, la nefropatii

de 17 ori mai mult, la arteriopatii cu gangrenă de 5 ori mai mult și la boli cardiovasculare de 2 ori mai mult.

De aceea, cele două probleme majore care preocupă lumea medicală de pe întreg globul se referă la prevenirea diabetului și, în cazul în care acesta a devenit manifest, la aplicarea unui tratament corespunzător, în vederea evitării complicațiilor.

Dar este oare posibilă prevenirea diabetului ? Diabetul, deși are încă multe puncte obscure atît etiopatogenice, cît și terapeutice, are și o serie de cauze bine cunoscute, care pot fi îndepărtate. Astăzi, se știe că în peste 85—90% din cazurile de diabet există în antecedente sau în momentul apariției bolii *obezitatea*. Și, fără îndoială, aceasta are drept cauză supraalimentația. Obezitatea de alte cauze sau de cauză endocrină constituie astăzi o raritate.

Obezitatea apare din prima copilărie. Sînt însă unii cercetători de renume care afirmă și dovedesc că obezitatea apare la copilul la care mama este incorect hrănită, chiar din perioada prenatală. La sugarul hrănit cu lapte de vacă și făinoase și apoi supraalimentat la vîrste mai mari, se instalează în mod sigur o obezitate greu de tratat, deoarece aceasta se datorește înmulțirii celulelor adipoase, ele rămînînd definitive, în același număr toată viața (obezitate hiperplazică). De aceea, peste 40% din copiii obezi rămîn obezi și ca adulți.

Obezitatea care apare la adult este mai ușor tratabilă și survine numai prin mărirea de volum a celulei adipoase (obezitate hipertrofică), în urma unei alimentații necorespunzătoare.

Or, dată fiind relația dintre obezitate și diabet, este lesne de înțeles că scăderea în greutate înseamnă și prevenirea bolii diabetice. În practică, am întîlnit, dealtfel, nenumărate cazuri de obezitate cu tulburări de glicoreglare, care s-au normalizat numai prin simpla scădere în greutate.

O cauză recunoscută astăzi în producerea diabetului o constituie infecția virală sau microbiană, întîlnită mai ales la copii pînă la vîrsta de 16—18 ani. Astfel, parotidita epidemică (oreionul) este una din cauzele destul de frecvente

ale diabetului. Și hepatita epidemică se însoțește, mai ales cînd tratamentul acesteia este necorespunzător, de apariția unei boli diabetice. Mai recent, s-a constatat că o serie de virusuri pot duce la apariția diabetului la copil. Dintre acestea menționăm Coxsackie, mai ales Coxsackie$_4$, descoperit de Gamble în anul 1973 și confirmat apoi de mulți alți cercetători că ar duce la apariția diabetului autoimun. De fapt, în prezent se consideră că orice viroză insuficient îngrijită, apărută la un copil cu un teren mai slab, poate să ducă la apariția unui diabet. De aceea, pentru a evita astfel de complicații la copii, se impune atît din partea medicilor, cît și a părinților, să ia toate măsurile cu maximum de răspundere, care să ducă la vindecarea acestor îmbolnăviri. Dar există multe alte cauze incriminate în producerea diabetului : de la stresurile și emoțiile zilnice ale unei vieți în continuă agitație și pînă la administrarea unor medicamente diabetogene.

Dar factorul determinant cel mai important în producerea diabetului îl constituie transmiterea ereditară. Cel puțin 32—36% din cazurile actuale de diabet au antecedente ereditare. Dar oricît de încărcat ar fi ereditar un individ, boala poate să nu apară dacă vom ști să evităm factorii de mediu diabetogeni. Și cum astăzi se cunoaște că adesea, în cazurile de moștenire diabetică, pot să treacă zeci de ani pînă la apariția clinică a bolii, putem să intervenim pozitiv în stadiile dinainte de declanșare, oprind astfel evoluția spre diabet.

Toate aceste date reprezintă apanajul ultimelor decenii și sînt suficient de pozitive pentru a deveni optimiști.

Dar care este rezolvarea terapeutică în situația diabetului declanșat clinic ? Rolul

nostru este de a institui un tratament cît mai corect, astfel încît diabeticul să poată duce o viață aproape normală. Și astăzi dispunem de astfel de posibilități. Este necesar să facem precizarea că tratamentul ce se aplică este în raport cu tipul și forma clinică de boală. Există multe tipuri de diabet, însă noi ne vom referi la cele două mari categorii : diabetul insulinodependent de tip juvenil și diabebetul insulinoindependent de tip matur.

În general, diabetul insulinodependent este acea formă de diabet care necesită insulină pentru a fi echilibrat. Se întîlnește, de obicei, la indivizii tineri, sub vîrsta de 40—45 de ani, dar poate fi constatat și la persoane care au depășit această vîrstă. Administrarea de insulină în aceste cazuri se explică prin aceea că pancreasul endocrin al bolnavului nu mai secretă insulina necesară metabolismului intermediar. Or, lipsa de insulină duce rapid la moartea bolnavului, prin comă diabetică.

Astăzi dispunem de multe tipuri de insulină : cu acțiune rapidă (insulină cristalină), cu acțiune intermediară și cu acțiune hipoglicemiantă prelungită (insulina lentă).

Cel mai eficace tratament, în special pentru copii și tineri, este tratamentul cu insulină cristalină, administrat înaintea fiecărei mese principale. În cazul în care acest tratament este greu de acceptat, se poate recurge la tratamentul în două prize (dimineața și seara), cu insulină cu acțiune medie. Bineînțeles, se impune o supraveghere continuă și competentă, pentru a evita eventualele hipo- sau hiperglicemii.

Tratamentul cu o singură priză de insulină lentă este recomandabil să se indice cît mai rar și în orice caz numai la adulții cu un diabet ușor de stăpînit și care nu exercită o muncă fizică grea. *Categoric, se contraindică la copii și adolescenți.*

Și mai grav este atunci cînd se recurge la administrarea unor insuline lente în două prize, deoarece se pot instala hipoglicemii infraclinice, cu complicații grave secundare cu atît mai greu de tratat, cu cît individul este mai tînăr.

Dar tratamentul cu insulină, oricît de corect s-ar aplica, este insuficient dacă nu se respectă și un regim alimentar și de viață corespunzător. În general, regimul alimentar la copil, adolescent și tînăr, este foarte apropiat din punct de vedere caloric și al principiilor nutritive de regimul individului normal de aceeași vîrstă și sex, avînd aceeași muncă.

Alimentația diabeticului este o alimentație perfect rațională, în care trebuie să ținem seama atît de cantitatea de glucide, cît și de calitatea acestora. Astfel, contrar indicațiilor mai vechi, în regimul modern glucidele sînt permise într-o cantitate aproape egală cu aceea permisă individului sănătos (45—50% din cantitatea calorică normală). Se vor evita însă glucidele rafinate, concentrate (zaharuri, dulcețuri, bomboane etc).

În ceea ce privește tratamentul diabetului de maturitate insulinoindependent, pe lîngă regimul alimentar se indică adesea și administrarea unui tratament oral cu sulfamide și biguanide. Există astăzi nenumărate tipuri de astfel de preparate medicamentoase, a căror acțiune încetează în timpul administrării, și de aceea atragem atenția acelor bolnavi care continuă să le administreze în speranța că astfel vor putea să evite insulina. În acest fel se ajunge la complicații cronice ireversibile, la suferințe care scurtează viața bolnavului. Această situație s-ar putea evita dacă bolnavii ar înțelege că inactivitatea tratamentului oral impune neîntîrziat administrarea insulinei.

Dar care este viitorul terapeutic în diabet ? Ce eforturi se fac în acest sens de către oamenii de știință din întreaga lume ?

Există deja experimentări care ne dau speranța că vom putea realiza cît de curînd vindecarea diabetului zaharat constituit. Astfel, ar fi posibil în viitor transplantul de pancreas, dar mai realizabilă mi se pare vindecarea diabetului prin transplant de celule beta, adică numai a acelor celule din pancreas care secretă insulină. Cu mai multă certitudine putem vorbi astăzi de un pancreas artificial, care așteaptă numai miniaturizarea pentru a putea fi introdus la om. Dar nu acestea vor aduce eradicarea diabetului. Calea cea mai sigură este, fără îndoială, prevenirea. *Și prevenirea este și va fi posibilă.*

Aflînd din surse diverse
Despre reacții adverse
Și despre buline care
Au efecte secundare,
S-a gîndit omul în sine
Că poate ar fi mai bine
Să se trateze pe cale
De plante medicinale.
A luat pe rînd, așadar,
Unitățile „Plafar"
Și, cu multă greutate,
Și-a procurat mai din toate :
Și-a luat izmă, flori de tei,
Soc, cătină, brebenei,
Pătlagină, anghinare,
Mușețel și sunătoare,
Pelin, nalbă, odolean,
Ferigă, brădișor, hrean,
Anason și păpădie,
Chimen și siminichie...
Le-a luat pe toate uscate
Și în pungi „stas" ambalate.
Iar acasă, mai tîrziu,
Ca tot omul, grijuliu,
Le-a pus într-un dulăpior
Să le găsească ușor.

. . . . . .

Și iată, că într-o zi,
Omul nostru se trezi
Cu simptome de răceală,
Stare proastă, toropeală,
Frisoane și guturai...
S-a dus deci, să-și facă-un ceai
Din flori de soc și podbal,
Știind că-i antigripal.
Dar, cînd ceaiul să-și prepare,
Găsește-l, de ești în stare,
Căci pungile purtau toate
Ștampile prost aplicate
Și cu denumiri latine,
Fragmentate, sibiline.
Puteai citi :... achilea...
Herba... tilia... althaea...
Artemisia... vulgare...
Plantago... officinale...
Și-alte asemenea cuvinte,
Care nu-mi mai vin în minte.
Toate — cum spun — nelegate
Și foarte slab imprimate,
Încît, chiar de știi latina
Și plantele cu pricina,
Te întrebi, vărsîndu-ți focul :
— Unde naiba o fi socul ?

. . . . . .

— V-am narat toate acestea –
Mi-a spus omul cu povestea —
Cu-o întîmplare reală,
Ca s-ajung la o morală :
Cu produsele „Plafar"
Nu-i suficient ca doar
Să fii un bun botanist,
Ci să fii și... rebusist.

Ion Vulpescu

BRONȘITA CRONICĂ

Dr. ALEXANDRU BASACOPOL
șef secție pneumologie
Spitalul de pneumoftiziologie

Bronșita cronică reprezintă una din afecțiunile care cunoaște o frecvență în evidentă creștere pe toate meridianele lumii, ca urmare, în special, a condițiilor de viață create de civilizația contemporană, cu deosebire de ritmul dezvoltării industriale. De aceea, cei mai mulți bolnavi s-au înregistrat printre locuitorii orașelor.

În decembrie 1952, o ceață densă și poluată intens cu fum de cărbune a provocat în cîteva zile peste 4 000 de decese la Londra. Tragedia a atras atenția lumii medicale asupra bronșitei cronice, afecțiune socotită multă vreme banală, și a stimulat o lungă serie de cercetări. Dealtfel, în Anglia, peste 10% din absențele înregistrate de la locurile de muncă sînt atribuite bronșitei cronice.

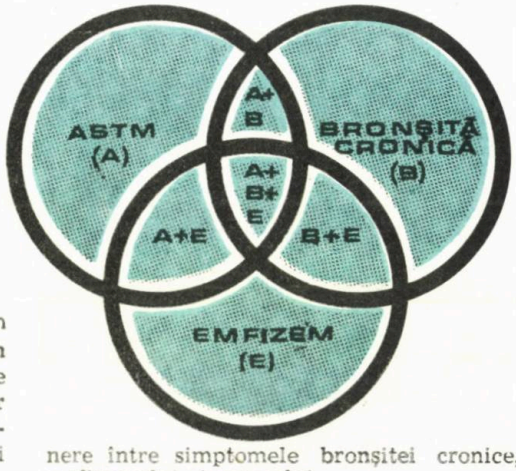
În anul 1959, la Simpozionul Internațional organizat de Laboratorul CIBA, bronșita cronică a fost definită ca o boală caracterizată prin tuse productivă cronică, care durează de mai bine de 3 luni și persistă timp de cel puțin doi ani consecutiv și care nu poate fi atribuită altor boli cunoscute localizate în plămîni, bronhii sau în căile aeriene superioare.

Autorii americani au propus termenul de bronhopneumopatie obstructivă cronică pentru a desemna pe bolnavii cu tuse, dispnee și cu obstrucție bronșică cronică.

Într-un raport din anul 1976 privind epidemiologia acestei boli în țara noastră, s-a constatat că frecvența bronhopneumopatiei obstructive cronice este crescută la populația fumătoare, comparativ cu cea nefumătoare și, în special, la bărbați.

Doi autori englezi și-au imaginat raportul dintre bronșita cronică, astm și emfizem, conform schemei.

Pe această schemă se poate observa raportul de vecinătate, dar și de suprapunere între simptomele bronșitei cronice, emfizemului și astmului.

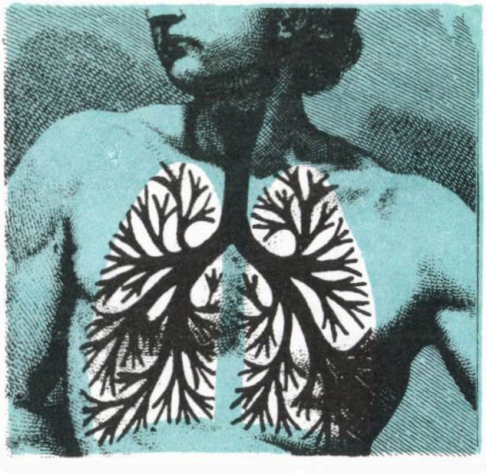


Afecțiunea poate debuta în mod acut după o infecție gripală sau de altă natură, care evoluează ulterior spre cronicizare, în cazul în care nu a fost îngrijită, sau poate debuta insidios, mascată de o bronșită tabagică ori de praful inhalat în mod continuu de cei care trăiesc într-o atmosferă viciată.

Bronșita cronică se constată la vîrsta adultă : 70% din bolnavi sînt bărbați și au peste 40 de ani.

În cadrul acestei afecțiuni distingem o formă simplă, întîlnită mai ales la fumători, care presupun că tusea de dimineață cu expectorația mai închisă la culoare este un fenomen normal, dar care se prelungește luni de zile, cu exacerbări în anotimpul friguros, umed etc.

Dealtfel, majoritatea populației a suferit de un episod de bronșită acută, dar care, în urma unui tratament simplu, s-a



vindecat în 4—5 zile ; la fumători însă, un astfel de episod durează 4—5 săptămîni. Cea mai mare parte a expectorației este expulzată dimineața, iar cantitatea totală nu depășește $^1/_4$ de pahar de apă.

Această formă de boală poate și trebuie să fie tratată, dar uneori, din neglijență, se transformă în forma mucopurulentă a bronșitei cronice. În acest stadiu, bolnavii prezintă o expectorație mucopurulentă, adică masa de salivă este plină de insule galbene purulente. Pusă într-un pahar, se observă că această expectorație prezintă mai multe straturi : un strat inferior, galben purulent, un strat mijlociu, fluid, transparent, cu mucus, și un strat superior, spumos. Cantitatea de spută din 24 de ore este dublă față de forma simplă a bronșitei. Bolnavii prezintă cîteva astfel de episoade pe an, cu infecții acute, cu febră, cu greutate în respirație. Chiar și în această fază, dacă se suprimă fumatul, se poate obține, în urma unui tratament de specialitate, vindecarea la majoritatea bolnavilor.

În cazul în care afecțiunea se agravează, se instalează forma de *bronșită obstructivă*. Sub influența continuă a fumului de țigară sau a unor impurități evidente din aerul respirat, scade puterea de apărare locală a mucoasei bronșice, infectată în mod repetat. Cantitatea de secreție mucopurulentă expulzată se mărește, leziunile se extind de la bronhiile mari la bronhiile medii, mici și chiar la bronhiole, pînă la sacii alveolari. Se instalează astfel fenomenul de supapă : secrețiile nu mai pot fi expectorate decît cu greutate. În expirație, cînd bronhiile se strîng spre a expulza aerul, secrețiile astupă bronhia, nemaipermițînd eliminarea aerului aflat înapoia lor. Cantitatea de aer din alveole se mărește treptat după fiecare inspirație, alveolele se dilată, pereții lor se subțiază și datorită presiunii intraalveolare se rup fibrele pereților alveolari, ceea ce duce la pierderea elasticității alveolare și apariția *emfizemului*.

Astfel, bronșita cronică se asociază cu emfizemul (vezi figura). Apar dispneea (greutatea în respirație) și nevoia de aer, de oxigen, mai ales la eforturi. Și dacă bolnavul prezintă un teren alergic, bronșita cronică se complică și cu *astm*.

Un semn ușor de practicat, care pune în evidență reducerea suflului respirator (debitul expirator), este metoda prin care bolnavul este invitat să sufle spre un chibrit aprins, ținut la o distanță de 10—15 cm. În acest fel pot fi detectați cu ușurință, fără aparatură specială, marii insuficienți respiratori (cu ventilația maximă sub 40 l/min.).

Inima își mărește treptat efortul pentru a putea împinge sîngele prin vasele

subțiate din pereții alveolari. Acest efort continuu duce la slăbirea mușchiului cardiac, care-și pierde puterea de contracție și astfel se complică suferința pulmonară și cu cea cardiacă.

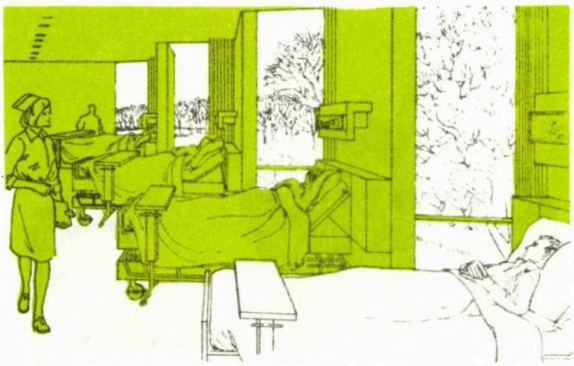
Cu timpul, bolnavul care suferă de bronșită cronică nu-și mai poate executa decît în parte obligațiile sale profesionale. Și astfel, dintr-o boală ușoară, cu simptome abia perceptibile, se ajunge la o formă de boală complicată, care generează invaliditate, fiind suportată cu greu de bolnav.

Dar care sînt factorii ce au generat evoluția acestei afecțiuni ? Desigur, poluarea atmosferei de către praful și fumul industrial, vaporii și gazele de eșapament ale automobilelor constituie factori iritativi ai mucoasei bronșice. În multe țări, poluarea reprezintă o problemă de stat, iar pe plan mondial se află în centrul atenției unor organisme internaționale, care se ocupă cu sănătatea. Particulele de praf și fum mai mari, cu un diametru de aproximativ 5μ, se opresc în căile bronșice superioare, pe cînd particulele mici, cu un diametru sub 0,5μ, pătrund în întreg arborele bronșic și se opresc pe mucoasa alveolei pulmonare, ducînd în final la lipsa de apărare a organismului, cu diminuarea funcțiilor imunoglobulinelor (globuline cu rol de anticorpi, fabricate de organism ca un răspuns la invazia microbiană), ceea ce provoacă infecții locale repetate.

Fumatul este, de asemenea, unul din factorii determinanți ai bronșitei cronice. Potrivit cercetărilor efectuate, după 15 ani de fumat, 50% dintre fumători sînt bronșitici.

Infecțiile sezoniere repetate, provocate de diferiți microbi (pneumococ, *Haemophilus influenzae*) sau virusuri, contribuie de fiecare dată la distrugerea elasticității bronhiilor, ducînd în final la diverse forme de bronșite cronice.

Un rol important în geneza acestor afecțiuni îl au anumite profesiuni ca : activitatea în mină sau sudura cu arc, unde se degajă fosgen, gaz nitros etc., activitatea în industria textilă, unde se inhalează substanțe iritante de origine vegetală sau animală (blănărie, pielărie, marochinărie), dacă nu se respectă normele de protecția muncii.



Dar bronșita cronică poate fi prevenită. Pentru aceasta este necesar ca fumatul să fie definitiv abandonat, atît în folosul celui în cauză, cît și în folosul celor din jur. Persoanele nefumătoare (în special tinerii și copiii) trebuie ferite de a inhala aer viciat cu fum de țigară, deoarece acesta provoacă iritație și intoxicare lentă tuturor celor care îl respiră.

În privința poluării industriale, semnalăm că la noi există legi sanitare care obligă uzinele și întreprinderile să fie amplasate în anumite locuri și să respecte un indice de poluare nevătămător pentru sănătatea populației. Organele sanitare antiepidemice sînt obligate să vegheze ca atunci cînd aceste legi nu sînt riguros respectate, să propună închiderea acestor întreprinderi.

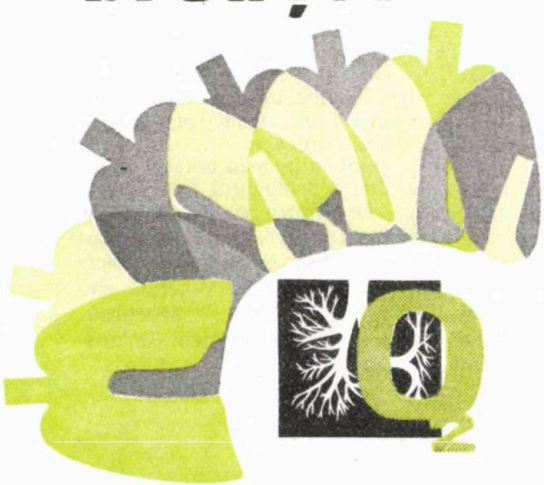
Un autoturism, de exemplu, produce 3 m^3 de oxid de carbon pe oră, iar un autocamion 5 m^3; dacă acestea sînt dereglate, cantitatea de gaz eliminată se mărește de 5 ori. Chiar simplele opriri la stopuri ale sutelor de autovehicule degajă în vecinătate valuri de aer impur. De aceea, autovehiculele nerevizuite tehnic nu trebuie să aibă permisiunea de a circula în orașe.

Poluarea mediului amenință, după cum ați putut constata, existența omului și calitatea vieții. Zdruncinată în echilibrul său, natura se poate degrada atunci cînd există o supraîncărcare cu reziduuri, produse toxice și diverse impurități. Or, într-o atare situație, natura în loc să constituie un mijloc dătător de sănătate poate deveni un factor patogenetic. De aceea, pentru a ne bucura de influența binefăcătoare a aerului atmosferic, este necesar ca spațiile verzi și parcurile orașelor să fie mărite și întreținute cu grijă.

Pentru a evita eventualele îmbolnăviri, examenul pulmonar clinic și radiofotografic anual al muncitorilor din anumite profesii este obligatoriu, putîndu-se depista astfel primele semne de bronșită cronică.

De asemenea, fiecare persoană la care persistă o tuse timp de cîteva luni trebuie să se prezinte la controlul medical, în vederea investigării și instituirii unui tratament adecvat.

Astmul bronșic



Astmul bronșic sau boala astmatică a fost menționată sub diferite aspecte încă din cele mai vechi timpuri, în scrierile din antichitate ale medicilor chinezi, greci și romani. Abia în secolul nostru, numeroși cercetători de pretutindeni au găsit răspuns la o bună parte din multitudinea problemelor legate de această boală severă, complexă și capricioasă, care nu și-a dezvăluit încă toate tainele.

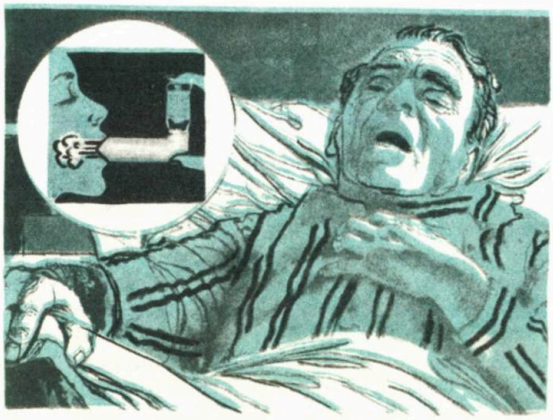
Răspîndit pe întreg globul pămîntesc, astmul bronșic este tot mai mult înregistrat, datorită în mare măsură condițiilor noi de viață impuse de civilizația contemporană. Oamenii de știință au afirmat că ritmul și cerințele vieții moderne reprezintă factori de risc importanți nu numai pentru creșterea frecvenței cancerului, și a afecțiunilor cardiovasculare, dar și a așa-numitelor boli „alergice", din categoria cărora se detașează astmul bronșic. Statistici și anchete medicale efectuate în diverse țări au atras atenția asupra faptului că urbanizarea și

industrializarea rapidă, prin intensificarea poluării atmosferice, au multiplicat riscul factorilor de agresiune asupra căilor aeriene din plămîni, determinînd creşterea constantă a cazurilor de îmbolnăvire prin astm. Pentru a sublinia dimensiunile problemelor pe care le ridică această boală, devenită socială prin proporţiile ei, menţionăm că în Franţa, din cei peste 2,5 milioane de suferinzi de boli ale aparatului respirator, aproximativ 450 000 sînt astmatici. Răsunetul bolii asupra vieţii personale (profesională, familială, şcolară) este evident, iar repercusiunile social-economice severe, provocate de invaliditatea temporară sau definitivă greu de evaluat, au impus această afecţiune atenţiei organelor sanitare.

Localizat la nivelul conductelor aeriene mijlocii şi mici, astmul se manifestă prin dispnee expiratorie (înţelegînd prin aceasta dificultatea de a elimina aerul din plămîni), sub forma unor crize de sufocaţie, cu respiraţie şuierătoare, survenite de cele mai multe ori în a doua jumătate a nopţii, şi însoţite constant de tuse frecventă şi expectoraţie seromucoasă, deseori foarte abundentă. Constatat mai frecvent la bărbaţi şi cu deosebire la locuitorii din mediul urban, astmul poate să apară la toate vîrstele, interesînd într-o măsură mai mare grupele de vîrstă cuprinse între 15 şi 45 de ani.

Pentru a se înţelege mijloacele de combatere, dar mai ales măsurile de prevenire, este necesară cunoaşterea cauzelor care provoacă boala, precum şi modul de producere. Astmul face parte din categoria bolilor alergice, împreună cu polinoza (catarul de fîn), coriza spasmodică (guturaiul), urticaria, migrena etc., a căror frecvenţă justifică atenţia ce li se acordă. Termenul de alergie provine din limba greacă, de la cuvintele *allos ergos*, care înseamnă altă stare şi defineşte în sens medical o reacţie particulară, un răspuns exagerat al organismului faţă de un corp străin, o particulă, denumită alergen sau antigen, care pătrunde din afară (exogen) sau se află în interiorul corpului (endogen). Declanşarea bolii poate fi provocată de factori alergici şi nealergici. Ca factori alergici sînt recunoscuţi *terenul* astmogen şi *alergenii*. Studii ştiinţifice au arătat că astmaticului îi sînt transmise ereditar (de la părinţi) sau a dobîndit în cursul vieţii unele caractere ce constituie terenul predispus. Această sensibilitate crescută poate fi observată la mai mulţi membri ai unei familii sau la persoane din generaţii diferite. În ceea ce priveşte pneumoalergenii (care pătrund în aparatul respirator), aceştia pot fi de natură vegetală (praf de casă, polen, mucegai, microbi, ciuperci, spori etc.) sau animală (păr, pene, fulgi etc). Organismul uman este supus în permanenţă acţiunii acestor factori din mediul înconjurător, care, prin cantitatea şi frecvenţa cu care se întîlnesc în mod obişnuit, nu sînt dăunători ; cînd însă alergenii vin în contact mai des şi într-o cantitate mai mare cu un organism predispus, acesta nu se mai poate apăra, nu mai poate face faţă acţiunii agresoare şi în momentul cînd pragul de toleranţă, de suportabilitate este depăşit, se produce reacţia alergică, dominată de accesul de astm. Mai rar sînt incriminaţi şi alţi alergeni, cum sînt cei de natură alimentară (ouă, peşte, crustacee, fragi, căpşuni) sau medicamentoasă (penicilină, piramidon, sulfamide, novocaină, preparate cu iod etc.), care, în afara altor tulburări, pot provoca dispnee paroxistică cu caracter astmatic. Ca factori nealergici cu rol secundar, dar care pot contribui într-o mare măsură la pregătirea terenului, favorizînd declanşarea de către alergeni a accesului, au fost consemnaţi factori exogeni de ordin climatic (frig, vînt, ceaţă, umiditate crescută), precum şi factori endogeni, cum ar fi : efortul fizic sau surmenajul intelectual, alterări neuropsihice (depresiuni sufleteşti, stări de tensiune nervoasă, emoţii puternice) şi endocrine (legate de ciclul menstrual, menopauză şi de activitatea glandei suprarenale), diverse afecţiuni ale aparatului respirator (sinuzită, vegetaţii adenoide, infecţii bronşice, leziuni stabilizate după tuberculoză).

Mecanismul de producere a astmului bronşic a fost diferit interpretat, fără a se ajunge la o explicaţie întrutotul valabilă.



În epoca noastră, cunoașterea cauzei principale a bolii, reprezentată de alergeni, a condus la descrierea unei reacții, care are loc în așa-numitul „organ de șoc". În cazul astmului, acest organ îl constituie mucoasa bronșică, care are ca rezultat eliberarea unor substanțe cunoscute sub termenul de „mediatori chimici" (histamină, acetilcolină, serotonină). Sub influența acestora, și în special a histaminei, elementele anatomice din structura peretelui bronșic răspund prin trei fenomene : contracția fibrelor musculare (spasm), tumefierea stratului intern (edem) și hipersecreția glandulară, care determină diminuarea calibrului conductelor aeriene, mergînd uneori pînă la închiderea lor completă, fapt care se manifestă la bolnavul de astm prin accesul de sufocație. În funcție de caracterul, intensitatea și vechimea simptomelor, boala astmatică poate evolua fie sub formă de crize acute nocturne, cu perioade îndelungate de liniște între accese, cînd pacientul respiră normal, avînd căile aeriene libere, fie cu prelungirea suferinței, cînd accesele (mai ușoare sau mai puternice) se reproduc neregulat și la intervale variabile, nu numai în cursul nopții, ci și ziua, reducînd foarte mult capacitatea de muncă și creînd bolnavului o stare de permanentă neliniște, de teamă (ca în astmul cu dispnee continuă sau starea de rău astmatic). Datorită infecțiilor bronșice supraadăugate, îndeosebi în sezonul rece, astmaticul devine și un tușitor cronic, în care caz bronșita asociată, observată mai frecvent la fumători și la persoane care au depășit vîrsta de 40 de ani, complică și mai mult starea bolnavului.

Pentru precizarea diagnosticului se impune o colaborare strînsă între medic și pacient, în sensul că acesta din urmă trebuie să se prezinte, de la prima criză survenită în cele mai neprevăzute situații, la medicul specialist alergolog sau pneumolog, care, pe baza diferitelor investigații, poate aprecia dacă este vorba de un astm veritabil sau de o altă suferință (bronșită, emfizem, fibroză, bronșiectazie), ce se manifestă adesea prin tulburări similare cu boala astmatică.

Referitor la stabilirea indicațiilor de tratament pentru această categorie de bolnavi, trebuie precizat că ea revine numai medicului de specialitate, în raport cu stadiul și forma de boală. Datorită multitudinii factorilor care contribuie la instalarea și întreținerea unei afecțiuni atît de capricioase și de rezistentă ca astmul bronșic, tratamentul trebuie adaptat de la caz la caz, el fiind complex, laborios și foarte variat. Deoarece unele produse farmaceutice prezintă riscuri pentru organism, mai ales cînd sînt utilizate în mod abuziv, bolnavul trebuie să înțeleagă necesitatea respectării riguroase a tuturor recomandărilor formulate, știut fiind că numai o cooperare permanentă este în măsură să asigure succesul procedurilor aplicate (inclusiv cura fizioterapică în unele stațiuni balneare, cum ar fi Govora și Slănic Moldova sau staționarea în subteran, la salinele de la Slănic Prahova sau Tg. Ocna).

Mijloacele de prevenire a bolii, care interesează toate persoanele expuse sau sensibilizate, se adresează fiecăruia din cei trei factori cauzali, care contribuie la instalarea astmului : terenul, alergenii și stările favorizante.

În cadrul măsurilor pentru protecția terenului, o primă acțiune constă în încercarea de a descoperi, prin anumite teste, formele de boală latentă care nu s-au manifestat încă prin nici un semn de suferință din partea aparatului respirator. Cunoscînd posibilitatea intervenției factorului ereditar — verificată științific — în determinismul bolii, o deosebită importanță prezintă cercetarea persoanelor în a căror familie există stări alergice sau în trecutul cărora s-au înregistrat alte fenomene de sensibilizare a organismului ca : urticarie, migrenă, eczemă, intoleranță la unele medicamente sau alimente. Odată descoperită predispoziția familială, genetică, în afară de măsurile cunoscute și preconizate de călire a organismului prin acțiunea fortifiantă a factorilor naturali (aer, apă, soare) și gimnastică medicală, una din importantele preocupări cu conținut profilactic urmărește consolidarea mecanismelor de apărare împotriva unor factori de agresiune prin : interzicerea fumatului, evitarea eforturilor fizice și a intemperiilor, a surmenajului intelectual și a traumelor

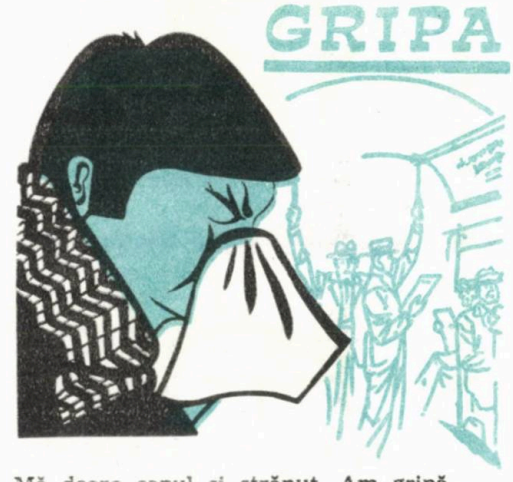
psihice. În același scop se recomandă menținerea unui climat cît mai sănătos pentru copiii astmaticului (grupă cu risc crescut), oferindu-le șanse egale cu ale celorlalți copii de intrare în viața adultă. Nu este lipsit de interes a sublinia observația că unele forme de astm apar predominant la copiii alăptați artificial și, în consecință, alăptarea maternă ar constitui una din cele mai bune metode de profilaxie a bolii alergice.

Confirmînd utilitatea creșterii rezistenței organismului ca o soluție superioară față de măsurile terapeutice repetate, a căror folosire abuzivă devine periculoasă, experiența românească în acest domeniu a consemnat un frumos beneficiu, cu avantaje superioare, mai ales la copii. În ceea ce privește persoanele cu predispoziție familială, menționăm că se impune evitarea încadrării acestora în activități din anumite sectoare industriale și agricole cu risc crescut de îmbolnăvire și orientarea către profesiuni lipsite de alergeni. De asemenea, o serie de măsuri urmăresc diminuarea poluării atmosferei, care, prin praful, impuritățile și pulberile de tot felul, răspîndite pe zone întinse de vînt și curenții de aer, influențează dăunător sănătatea oamenilor. Multitudinea alergenilor și acțiunea lor posibilă comportă atît măsuri individuale privind evitarea și înlăturarea lor din locuințe (praf, mucegai, diverși detergenți), cît și generale, colective, în întreprinderi cu noxe respiratorii, prin instalații de ventilație, utilizarea măștilor de protecție și organizarea muncii pentru persoanele receptive sau deja cunoscute ca bolnave în camere sau ateliere pe cît posibil lipsite de alergeni, pentru a diminua astfel contactul cu aceștia și a suprima riscul profesional. Toate măsurile preconizate pot fi încununate de succes numai dacă bolnavul este conștient de importanța lor și respectă cu strictețe sfaturile medicale.

O măsură tot atît de importantă o constituie combaterea și asanarea unor stări patologice de tip infecțios, localizate la nivelul căilor aeriene superioare și inferioare, cum sînt : sinuzita, vegetațiile adenoide, hipertrofia de cornete, bronșita, dilatațiile bronșice, care favorizează și înlesnesc producerea acceselor de astm, în special la persoanele care prezintă și un teren constituțional alergic. Prin intensificarea acțiunilor de educație sanitară putem interveni cu succes în ameliorarea rezultatelor măsurilor cu caracter preventiv, contribuind la reducerea zilelor de incapacitate de muncă, la restabilirea unui echilibru normal în relațiile sociale și de familie, precum și la crearea unor condiții optime de dezvoltare a copilului.

Cunoscînd problemele legate de prevenirea astmului bronșic, orice persoană cu antecedente alergice în familie sau care prezintă stări favorizante va cunoaște sursa primejdiilor și care sînt măsurile de preîntîmpinare ce trebuie să le ia pentru a se sustrage riscului de îmbolnăvire, păstrîndu-și astfel cel mai prețios bun al vieții, sănătatea.

DR. G. UNTEANU
medic primar
Spitalul de pneumoftiziologie



Mă doare capul și strănut. Am gripă.
Dar nu prea îndrăznesc să stau în pat.
Din contră, bat balonul ne-ncetat,
Că sînt portar la fabrică-n echipă.

Eu vreau să dovedesc că sînt bărbat,
Atuncea cînd durerea se-nfiripă ;
Mă uit la alți colegi ai mei cum țipă,
Cînt sînt tratați cu cîte-un comprimat.

Vă jur că mie nici măcar nu-mi pasă,
Nu înțeleg să stau închis în casă
Și circul cu tramvaiul tot mereu.

Și fiindcă sînt om darnic, bun de șagă,
Azi gripa mea o are strada-ntreagă,
Că nu sînt egoist s-o am doar eu.

GABRIEL TEODORESCU

EPIGRAME

epigrame • epigrame • epigrame • epigrame • epigrame • epigrame

UNOR FUMĂTORI

Greu mai luptă medicina
Cu toxina „nicotina",
Cînd mulţi tineri şi bătrîni
O ascund chiar în plămîni.

UNEI DENTISTE BUNĂ MATEMATICIANĂ

Pacienţii vor să vie
La dentista lăudată,
Că extrage-o rădăcină...
Chiar pătrată !

UNUI VICIOS

An de an, sporind etatea,
Pune frînă la năravi
Şi-ţi păzeşte sănătatea !
N-aştepta să-ajungi bolnav.

G. ZARAFU

— Cu loţiunea asta, vei avea un păr ca la 20 de ani.
— Dv. de ce nu o folosiţi, doctore ?...

POLIGLOBULIA fumătorilor

PROF. DR. DOC. **ŞT. BERCEANU**
DR. **STĂNICĂ NICOARĂ**
Clinica de hematologie, Spitalul clinic „Fundeni"

Prin facultatea sa superioară, omul reuşeşte să pună ordine şi să corecteze ceea ce „hazardul" a dislocat din armonia sa. Cum putem numi oare acele acţiuni ale omului care au ca efect ultim tulburarea echilibrului din organismul său ? Fumatul este o astfel de acţiune cu urmări nocive.

Tutunul sau *Nicotina tabacum linn* este o plantă herbacee din familia Solanaceelor. În secolul al XV-lea, cînd spaniolii au ajuns în America, au remarcat că indienii respiră fumul unor frunze, care erau administrate ca remediu pentru diferite tulburări. În 1492, Cristofor Columb a primit în dar foi de tutun de la locuitorii insulei San Salvador. La puţin timp după descoperirea tutunului în America, el a fost introdus şi în Europa. Unul din însoţitorii lui Cristofor Columb, Diego Rochiguez, la întoarcerea acasă, aduce cu el tutun, continuînd să fumeze. În urma reclamaţiei soţiei sale că „înghite foc şi scoate fum pe nas", este condamnat la 10 ani muncă silnică pentru „legături cu diavolul". În 1560, Jean Nicot, ambasadorul francez din Lisabona, a adus în Franţa şi a dăruit Mariei de Medicis pulbere de tutun. De atunci, tutunul s-a mai numit şi „iarba ambasadorului" sau „pulberea reginei". După numele lui Jean Nicot, botaniştii au dat plantei americane denumirea de „nicotină". În ceea ce priveşte ter-

menul de tabac, se pare că ar proveni fie de la localitatea Tabago din America, unde se cultiva această plantă inițial, fie de la tabago, un fel de țigară folosită din timpuri imemorabile în America, sau de la tabacco, o pipă primitivă utilizată în Saint Dominique. Folosirea tutunului s-a răspîndit treptat de la curțile regale la masele populare, ca sursă de plăcere, sub formă de prizat, fumat sau mestecat. În secolele al XVI-lea și al XVII-lea, măsurile prohibitive pentru interzicerea fumatului au ajuns deosebit de aspre, ducînd pînă la tăierea buzelor, nasului și chiar la decapitare. După primul război mondial, fumatul a fost considerat drept o trăsătură caracteristică a virilității bărbatului și a emancipării femeii. În plus, el a devenit o sursă de venituri. În prezent, cel mai mare consum de țigări se înregistrează în S.U.A., unde există 48 de milioane de fumători.

Tutunul — sursă de plăcere cu efecte toxice multiple

Analiza chimică a fumului, provenit din arderea tutunului, a arătat prezența unor substanțe nocive, cum sînt 3-4 benzpirenul, acroleina, hidrocarburile, fenolii, oxidul de carbon etc. Unele au acțiune cancerigenă, altele acțiune toxică. Ele afectează cea mai mare parte din organe și țesuturi (plămîni, inimă, vase, tract gastrointestinal, sînge etc.).

Numeroase date statistice au indicat că 87—90% din bolnavii cu cancer bronhopulmonar au fost mari fumători, iar bolile pulmonare cronice sînt de 20—40 de ori mai frecvente la fumători. Fumatul este unul din factorii majori care pot favoriza apariția infarctului de miocard și a arteritei obliterante. Asupra tractului gastrointestinal fumatul are efecte nocive, tulburînd atît ritmul de alimentație, cît și pe cel secretor. Dispariția senzației de foame după fumatul unei țigări nu corespunde cu suprimarea secreției digestive, ci acțiunea fermenților digestivi continuă, ducînd la instalarea gastritelor, gastroduodenitelor și a ulcerelor de stomac și duoden. La gravidele care fumează în mod curent, riscul mortalității perinatale este crescut cu 30%, iar nou-născuții sînt predispuși la anomalii congenitale.

În ultimii ani, studii efectuate pe om și animale au demonstrat existența unor efecte toxice ale fumatului și asupra sîngelui, dînd așa-numita *poliglobulie a fumătorilor* sau *poliglobulia tabagică*.

Ce este poliglobulia ?

Numărul de globule roșii și cantitatea de hemoglobină din sînge sînt menținute în anumite limite normale printr-un echilibru dinamic dintre producție și distrucție. Cînd producția de globule roșii crește peste limitele fiziologice, iar distrucția rămîne normală apare poliglobulia.

Se consideră că are poliglobulie un bărbat cu globule roșii peste 5,5 milioane/mm^3, hemoglobina peste 17 g/100 ml și hematocritul peste 52% și o femeie cu globule roșii peste 5 milioane/mm^3, hemoglobina peste 15 g/100 ml și hematocritul peste 46%.

Menționăm că dintre cele trei metode folosite pentru determinarea stării de poliglobulie — numărarea globulelor roșii, dozarea hemoglobinei și a hematocritului — aceasta din urmă constituie metoda cea mai precisă. Ca atare, diagnosticul de poliglobulie se bazează în special pe determinarea hematocritului.

Care este mecanismul de producere a poliglobuliei tabagice ?

Două mecanisme intervin în producerea poliglobuliei tabagice :

1) Oxidul de carbon, inhalat de fumători, are o mare afinitate pentru hemoglobină, cu care formează un compus numit *carboxihemoglobină*. Aceasta poate fi măsurată în sînge. Mai precis, hemoglobina are o afinitate mai mare pentru oxidul de carbon decît pentru oxigen. Astfel, oxidul de carbon ia locul oxigenului în combinația cu hemoglobina, ceea ce duce la scăderea oxigenului din sînge și țesuturi. Acest fapt determină intrarea în acțiune a *aparatului de semnalizare*, care se găsește la nivelul rinichiului, iar *semnalul de alarmă* este dat de un hormon numit eritropoietină. Eritropoietina ajunge cu sîngele la măduva osoasă, stimulînd pro-

ducția de globule roșii, care crește peste limitele normale, ceea ce duce la poliglobulie.

2) Fumul provenit din arderea tutunului favorizează producerea bronșitei cronice, a emfizemului și a sclerozei pulmonare cu insuficiență respiratorie secundară. Aceasta duce la scăderea oxigenului din sînge și la creșterea eritropoietinei, producînd poliglobulia.

Datorită aerului impurificat provenit de la sursele industriale și de la gazele de eșapament, populațiile urbane sînt mai expuse la acțiunea nocivă a oxidului de carbon. Dar cu toate acestea, nivelul de carboxihemoglobină la persoanele care locuiesc în mediul urban este mult scăzut în comparație cu cel aflat la fumători. Studii comparative efectuate pe loturi de nefumători și fumători au arătat că la aceștia din urmă nivelurile de carboxihemoglobină din sînge cresc de la aproximativ 1% la peste 20%. Ele sînt mai mari la fumătorii de țigări de foi decît la ceilalți. Semiviața oxidului de carbon în organismul uman este de 3—5 ore. Or, la persoanele care fumează continuu în timpul unei zile, se produce o creștere progresivă a nivelului de carboxihemoglobină sanguin și, ca atare, determinarea acesteia trebuie să se facă la sfîrșitul zilei.

Care sînt semnele poliglobuliei tabagice ?

Cele mai frecvente simptome sînt durerile de cap, amețeala, tulburările de vedere (senzația de praf în ochi, puncte lucitoare sau negre în cîmpul vizual etc.) și astenia. Pe măsură ce hematocritul crește, tulburările se intensifică și se poate ajunge la pierderea de conștiență (atacuri sincopale).

Culoarea roșie a pielii și a mucoaselor este evidentă în anumite zone, și anume : palme, urechi, buze, limbă, mucoasa bucală și conjunctivele oculare. Ea este comună pentru toate tipurile de poliglobulie. Dar, nuanța acestei colorații are importanță pentru diferențierea diverselor tipuri de poliglobulie. Astfel, în poliglobulia prin intoxicație cu oxid de carbon, cum este și cea a fumătorilor, culoarea are o nuanță roșie-carmin.

Diagnosticul de poliglobulie se bazează pe creșterea hematocritului, a hemoglobinei și a numărului de globule roșii peste valorile normale. Precizarea tipului de poliglobulie tabagică se face prin dozarea carboxihemoglobinei din sînge, iar diagnosticul se confirmă dacă după 3 zile de abstinență la fumat, valorile hematocritului și ale carboxihemoglobinei revin la normal.

Care este tratamentul poliglobuliei tabagice ?

Renunțarea la fumat este singura metodă de tratament a poliglobuliei tabagice. În ceea ce privește celelalte surse de oxid de carbon, este necesar să se respecte legislația de protecția muncii în mediul industrial și să se combată poluarea atmosferei prin introducerea unei tehnologii moderne. De asemenea, se recomandă oricărui bolnav cu poliglobulie să se abțină de la fumat, chiar dacă cauza poliglobuliei nu o constituie oxidul de carbon, dar acesta poate accentua tulburarea de bază.

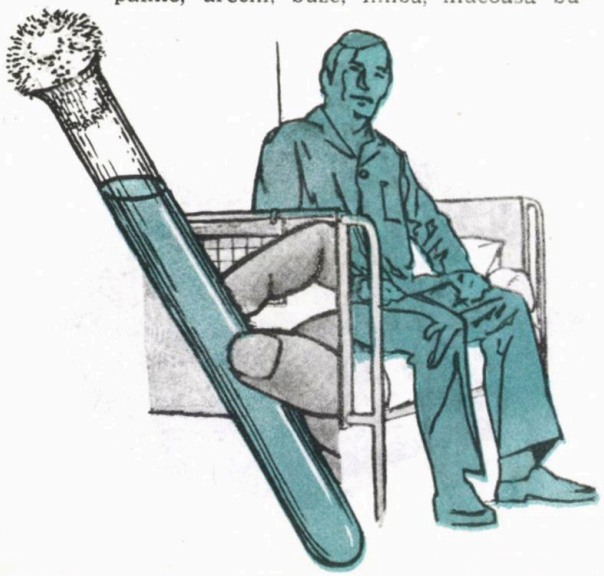
Poliglobulia tabagică este numai unul din efectele toxice ale fumatului ; unul minor, dar nu neglijabil. La cealaltă extremă se situează cancerul bronhopulmonar.

Avînd în vedere efectele dăunătoare multiple ale fumatului, înțelegem de ce Organizația Mondială a Sănătății a hotărît ca „Ziua mondială a sănătății" pe anul 1980 să se desfășoare sub deviza : „Tutunul sau sănătatea, trebuie să alegeți !"

Un apel adresat cadrelor medico-sanitare

Campania antitutun, dusă în America și Europa, a început să dea rezultate. Astfel, în Anglia, procentul medicilor fumători a scăzut la jumătate, mai precis de la 43 în 1963 la 20 în 1978.

Ce părere aveți, stimați colegi ? Am putea urma hotărîrea medicilor britanici, dînd noi, medicii, un exemplu pentru ceilalți cetățeni ? Autorii acestui articol deschid „lista celor care s-au lăsat de fumat" cu numele lor.



Otrăvurile memoriei

CONF. DR. DOC. **MARȚIAN COTRĂU**
Disciplina de toxicologie, I.M.F. Iași

Procesele memoriei se desfășoară într-o înlănțuire riguroasă. Într-o primă etapă are loc perceperea și selectarea imaginilor sau ideilor, după care urmează reținerea acestora prin depozitare în celulele nervoase, sub formă inconștientă sau subconștientă, asemănător înregistrării sunetelor pe banda magnetică (engrafie); într-o altă etapă, sînt readuse imaginile depozitate sub formă de date memorizate în cîmpul conștientului (ecgrafie), apoi are loc amplasarea în timp și spațiu a datelor conștientizate, respectiv recunoașterea lor și, în sfîrșit, datele memorizate sînt folosite prin integrarea lor în operațiile mintale. Toate aceste operații cinetice se manifestă prin reacții fizico-chimice la nivelul sistemului nervos central.

În acest mod se înscriu în „patrimoniul" fiecărei ființe date utile funcțiilor psihice și somatice ale vieții normale. Evident, acest patrimoniu mnemic variază nu numai de la o persoană la alta, ci chiar la aceeași persoană, în raport de vîrstă, de starea de sănătate, de odihnă sau oboseală etc. Dar, ca orice fenomen vital, buna funcționare a memoriei este influențată de factori exogeni și endogeni, ponderea majoră deținînd-o substanțele toxice, care însoțesc pe omul modern.

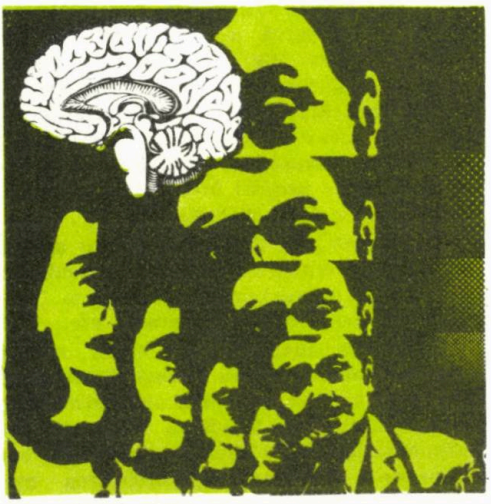
Perturbările memoriei prin produși toxici exogeni se produc, ca în orice intoxicație, accidental sau voluntar. În primul caz, aceștia pătrund în organism dintr-o eroare sau prin inhalare din mediul profesional sau urban, sau prin consumarea excesivă a unor medicamente, alcool, droguri etc. Intoxicațiile voluntare se datoresc fie unor tentative de crimă sau sinucidere, fie utilizării de către cei care nesocotesc demnitatea umană a substanțelor cunoscute ca „medicamente de uitare" în așa-numitele operații de „spălare a creierului".

Dar tulburările de memorie apar și prin acțiunea compușilor toxici endogeni, rezultați din perturbările metabolice specifice diabetului, aterosclerozei etc.

Afectarea memoriei de către agenții exogeni (otrăvuri) sau endogeni (dismetabolisme) se caracterizează atît prin modificări cantitative (scăderea memoriei sau hipomnezie; pierderea memoriei sau amnezie; mai rar, intensificarea memoriei sau hipermnezie, toate putînd avea caracter tranzitoriu sau definitiv), cît și modificări calitative (conștientizarea sub formă alterată a datelor memoriei etc.).

Perturbările memoriei prin intoxicații accidentale

Oxidul de carbon, **rezultat din arderile incomplete, provoacă pierderea parțială** sau totală a memoriei, fapt care se explică prin lezarea celulelor **creierului, datorită lipsei de oxigen determinată de blocarea transportului acestuia, prin acțiunea nocivă a oxidului de carbon asupra hemoglobinei. În acest sens, demnă de menționat este dubla nenorocire provocată de intoxicația cu oxid de carbon, petrecută la sfîrșitul secolului trecut, la Rouen în Franța, unde, într-o familie singura supraviețuitoare a fost mama, aflată într-o stare euforică, copiii și soțul fiind găsiți morți. Ancheta a stabilit că a avut loc o intoxicație cu oxid de carbon de la soba prost întreținută. Deoarece femeia nu a putut relata nimic despre cele petrecute, ea a fost considerată ucigașa propriei familii și condamnată la muncă silnică pe viață. După 17 ani procesul a fost reluat, timp în care noi cercetări experimentale au stabilit că intoxicația cu oxid de carbon poate provoca euforie și pierderea memoriei. Noile date concordînd cu simptomatologia prezentată de condamnata nevinovată, aceasta a fost reabilitată, reparîndu-se eroarea judiciară, ce-i drept, atît de tîrziu.**



Cianurile, plantele cianogene, ca și pesticidele pe bază de cianuri, dar mai ales sulfocianurile, **produc și ele perturbări calitative și cantitative ale memoriei. De asemenea,** ciupercile otrăvitoare **de tip** Amanita muscaria — **cunoscuta „pălărie a șarpelui" — cu acțiune asemănătoare atropinei, determină amnezie de tip retrograd, similară aceleia produsă de ateroscleroză.**

Nu mai puțin demnă de relevat este și intoxicația medicamentoasă. Consumul abuziv de medicamente (polipragmazia), datorit, în special, automedicației, atît de răspîndită în marele public, afectează adesea procesele memoriei. Medicamentele implicate aparțin în special grupei psihotropelor — deci medicamente stimulente sau deprimante ale sistemului nervos central.

Stimulentele **amfetaminice (de tip Benzedrin), utilizate pentru „ameliorarea" randamentului fizic și psihic, provoacă perturbări, de la mici ecranări ale memoriei, pînă la uitarea propriului nume. Stricnina, folosită de obicei în scop stimulator, poate determina, în doze mai mari decît cele terapeutice, o dereglare a memoriei, iar în dozele corespunzătoare apariției sindromului tetanic, o amnezie greu reversibilă.**

Deprimantele **de tip tranchilizant, hipnotic (ca barbiturice) și narcotic, perturbă memoria, în special în momentul trezirii. Tranchilizantele fenotiazinice (de exemplu, Romerganul) acționează asemănător electroșocului asupra celulelor sistemului nervos central, dereglînd sinteza acidului ribonucleic, cu rol esențial în aceea a proteinelor celulare, necesare bunei funcționări a memoriei.**

De asemenea, abuzul de tonice cardiace, **precum și de corticosteroizi afectează memoria prin chelatarea calciului seric.**

Antibioticele **posedă și ele un potențial deosebit de marcat în modificarea memoriei. Acțiunea se datorește atît mecanismului intim de intervenție a antibioticelor la acest nivel, cît mai ales utilizării abuzive (după statistici occidentale, 70% din prescripțiile de antibiotice nu sînt justificate). Antibioticele, ca inhibitori ai dezvoltării agenților microbieni, le perturbă sinteza proteică celulară, putînd — prin același mecanism — să perturbe și procesele memoriei la organismele-gazdă ; de aceea, s-a făcut afirmația că antibioticele se aseamănă cu o radieră, deoarece ambele au ca efect ștergerea.**

Perturbările memoriei prin intoxicații voluntare (propriu-zise)

Memoria mai poate fi alterată și prin intoxicația cu alcool, tutun, precum și prin unele toxicomanii, mai ales cu droguri zise „minore".

Se știe că alcoolul **provoacă, pe lîngă scăderea puterii de abstractizare, și tulburări de memorie. Intensitatea acestora depinde, în intoxicația acută, de concentrația alcoolului în sînge, iar în intoxicația cronică, și de vechimea în acest viciu. Dar amnezia alcoolicului se mai datorește și unor intoxicații suplimentare, determinate de consumul concomitent de alcool și de unele medicamente (de exemplu, barbiturice, tranchilizante, antihistaminice etc.).**

Efectul deprimant și tulburările de memorie **date de ingerarea de alcool în doză mare, asociată cu aceste medicamente, este mult accentuat. Anesteziștii au surprins primii această interacțiune, observînd că obțin anestezie cu doze mai mici de barbiturice la persoanele care au consumat o cantitate de alcool. De asemenea, este cunoscut că sinucigașii cu barbiturice prezintă o comă prelungită atunci cînd au consumat concomitent și alcool. Acesta, permeabilizînd diferite mucoase, ușurează absorbția medicamentului, mărindu-i acțiunea prin efect aditiv sau potențializator.**

Etanolul, avînd o deosebită afinitate pentru sistemul nervos, acționează bifazic : inițial excitant, iar apoi deprimant.

Or, ambele acțiuni sînt potențate de medicamente cu efect similar. Astfel, inhibitorii monoaminooxidazei (IMAO) — substanță cu proprietăți antidepresive — accentuează starea de excitație, cu depășirea fazei de ebrietate, pînă la confuzie mintală și delir. De aceea, este contraindicată consumarea de medicamente IMAO de către alcoolici sau, pur și simplu, de alimente și vinuri bogate în tiramină, în cursul tratamentului cu IMAO. Etanolul este metabolizat preferențial, astfel încît întîrzie catabolizarea medicamentului, prelungindu-i și intensificîndu-i acțiunea.

După cum se cunoaște, consumul abuziv de tutun poate determina intoxicații acute sau cronice. Tabagismul constituie o veritabilă toxicomanie a zilelor noastre, tradusă prin „setea" de a fuma. Intoxicația propriu-zisă este dată de nicotină (un toxic electiv al celulei nervoase), de oxidul de carbon prezent în fumul de țigară și de gudroanele provenite din arderea incompletă a tutunului și a hîrtiei.

La fumătorii cronici întîlnim, pe lîngă lipsa poftei de mîncare, tulburări circulatorii, inclusiv ale inimii (palpitații, extrasistole, angină pectorală), tulburări digestive, infecții și supurații ale căilor respiratorii și tulburări ale capacității de a memora.

Pretutindeni în lume, transformările sociale rapide, impactul tehnicii, urbanizarea au determinat ca tot mai mulți indivizi să nu se poată adapta cu ușurință, din punct de vedere biologic, psihicul ființei umane fiind supus unei încordări continue. De aceea, tot mai mulți apelează — pentru senzația de bine pe care le-o procură — la droguri de tip amfetaminic, barbituric, morfinic, haşiş etc. Datorită consumului repetat și fără discernămînt, la un moment dat organismul simte nevoia, pentru a obține același efect, de doze mult crescute, ajungînd, în final, la dependența fizică și psihică față de efectele drogului, net defavorabile individului. Simptomul cel mai frecvent întîlnit prin intoxicația cu aceste droguri este cefaleea, însoțită de fenomene nevrotiforme, cu repercusiuni asupra memoriei.

Memoria, ca orice fenomen biologic, este supusă acțiunii de degradare prin implacabila îmbătrînire. De aceea, orice om conștient de faptul că memoria este un bun de neprețuit, va căuta să excludă agenții nocivi — aceste otrăvuri ale memoriei — care o pot afecta prematur și adesea ireversibil.

Abuzuri contemporane

hipnotice — barbiturice

Somnul este singurul dar gratuit pe care îl acordă zeii

PLUTARH

Somnul și activitatea onirică

De la nou-născutul care doarme uneori 20 din 24 de ore, la adultul ce nu poate concepe viața fără somnul odihnitor, revitalizator al energiilor consumate în cursul celor mai diferite activități, nevoia de somn este ubicuitară și reprezintă, în

ultimă instanță, o condiție a existenței umane.

Regăsindu-se, ba chiar obținînd energia necesară aspirațiilor sale după un somn reconfortant, în decursul existenței sale multimilenare omenirea a crezut în odihnă, în somn. A căutat să doarmă și mai mult, și mai bine, acest fapt constituind, poate, o dovadă a sănătății sale fizice și psihice.

În timpul din urmă, în contextul acțiunii tot mai intense a fenomenului general al accelerației, omenirea trăiește în cvasipermanentă criză de timp, astfel că multe din realizările fiecăruia din noi afectează timpul destinat somnului.

Pînă nu de mult, somnul, cu corolarul său atît de necunoscut — visul, a fost învăluit într-un mister de nepătruns, leagăn al fanteziei și superstițiilor. Somnul rațiunii ce zămislește monștri a fost doar o fericită găsire plastică a unei stări de fapt.

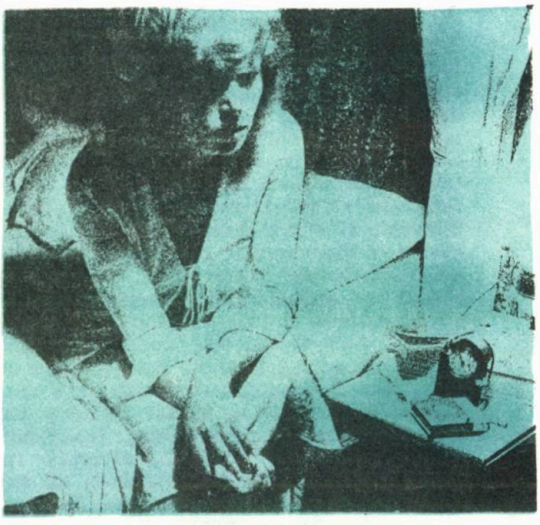
În ultimul timp însă, cercetările experimentale și clinice, efectuate într-un număr impresionant, îngustează tot mai mult imperiul necunoscut al somnului. Omenirea începe să-și dezvăluie o mare parte din tainele activității onirice, începe să înțeleagă structura, mecanismele, fiziologia, bioritmurile somn-veghe, iar înregistrările electroencefalografice îi oferă date de o complexitate de neimaginat cu cîtva timp în urmă.

Or, această omenire, care trăiește din plin impresionantul proces general al progresului în toate domeniile, se vede antrenată în ritmul tot mai accelerat al dezvoltării, pierzînd tocmai somnul, în tainele căruia abia începuse să pătrundă și din care își făcuse în decursul existenței sale un adevărat mit.

Știința însă admite că numai o bună organizare a somnului în ciclurile și stadiile existente, inclusiv o normală activitate onirică, îi imprimă acestuia un caracter cu adevărat reconfortant, odihnitor. Și cu toate acestea, insomnia devine dintr-un banal simptom o adevărată boală a civilizației.

Somnul în coordonate cifrice

În practica medicală se întîlnesc frecvent cazuri de false insomnii, mai precis indivizi care afirmă că nu dorm, dar la care înregistrările poligrafice evidențiază un somn cantitativ normal, dar dezorganizat, cu preponderența stadiilor de somn superficial asupra celui profund.



Exemplul clasic că Napoleon dormea maximum 3—4 ore pe noapte se consideră neîntemeiat, deoarece se pare că împăratul obișnuia să lase candelabrele aprinse în cabinetul său de lucru în vreme ce el dormea.

Este un fapt cert că durata normală a somnului variază foarte mult de la individ la individ. Încă din antichitate, istoria evocă pe Pliniu cel Tînăr, iar mai aproape de zilele noastre pe Victor Hugo și Edison, care dormeau foarte puțin, avînd cu toate acestea un randament intelectual ieșit din comun. Oswald a descris chiar o entitate — „insomnia sănătoasă" — la indivizi ce dormeau puțin, dar bine. Mai mult chiar, azi se consideră cu totul depășită teoria conform căreia un nou-născut trebuie să doarmă peste 20 din 24 de ore; realmente, copiii mici dorm la fel ca și adulții, mai puțin azi decît în trecut.

Cercetări statistice au demonstrat că în general durata normală a somnului este în jur de 6—8 ore. Somnul este format din unități disparate, care au la rîndul lor o durată de 80—120 de minute, constituite dintr-o perioadă de somn lent și o perioadă de somn paradoxal. Aceste unități sînt despărțite prin scurte faze de tranziție, cînd somnul devine superficial și individul se poate deștepta 2—3 minute. Trecerea fără trezire peste aceste scurte perioade de tranziție creează impresia de somn adînc, profund, care nu este cu ni-

mic superior în ceea ce privește refacerea generală a potențialului psihofiziologic.

În cursul perioadei de somn, durata activității onirice este de aproximativ 100 de minute pe noapte, prezentînd o importantă variație în funcție de vîrsta indivizilor respectivi.

Dacă la copii somnul cu vise atinge chiar 40% din durata somnului, la adulți scade la aproximativ 20%, iar la bătrîni proporția viselor nu depășește 10%.

Cu toate încercările, nu s-a reușit încă să se dea o interpretare pe deplin mulțumitoare viselor, explicarea acestor fenomene situîndu-se astăzi încă la o ipotetică confluență a normalului, parapsihologicului și chiar, de ce nu, a supranormalului, deși între lumea științei și a divinității s-a tras demult o cortină de netrecut.

Psihopatologia somnului

Hiposomnia, incorect denumită insomnie (termen care s-a impus), este fenomenul cel mai des întîlnit în patologia generală și, în special, în cea neuropsihică. Din păcate, prin frecvența sa cu totul ieșită din comun, s-a ajuns ca insomnia să fie definită drept un impediment al societății moderne. Ea se întîlnește mai des la femei și crește odată cu înaintarea în vîrstă. Intensitatea insomniilor este foarte variată : de la alternanța nopților bune cu cele rele, la existența unor lungi perioade de insomnii. Urmările ei sînt dintre cele mai importante pe plan cerebral, electroencefalografic, comportamental și psihic. Este de reținut faptul că, practic, unii oameni adorm greu, necesitînd folosirea unor produse cu acțiune scurtă de inducere a somnului, în timp ce alții au un somn cu o durată scurtă, deci au nevoie de produse care să le prelungească durata somnului.

Hipnoticele

Deoarece există un număr imens de oameni care prezintă insomnii, o serie de metode farmacodinamice s-au dovedit eficiente în rezolvarea acestor fenomene patologice.

Drogurile și preparatele hipnotice sînt utilizate atît din inițiativa proprie a pacienților, cît și în urma diferitelor prescripții medicale. Se ajunge astăzi, în întreaga lume, la un consum imens de substanțe hipnotice.

În 1965, Oswald afirma că barbituricele și alte pilule hipnotice reprezintă 10% din totalitatea prescripțiilor medicale din Anglia.

La modul general însă, ele reprezintă droguri sau preparate care au ca efect caracteristic inducerea și menținerea somnului.

În decursul timpului au fost elaborate o serie de substanțe barbiturice, unele dintre ele producînd un somn superficial, cu multe treziri și vise puține, adică un somn neodihnitor, nefiziologic, iar altele, dimpotrivă, au trecut cu succes proba timpului.

Progresele generale ale chimiei de sinteză, cu imediata lor aplicabilitate în industria farmaceutică, au dus la o creștere marcată și a numărului de substanțe cu acțiune hipnotică, dintre care barbituricele s-au detașat în mod deosebit, ajungîndu-se la sinteza a peste 2 500 de asemenea substanțe.

Substanțele barbiturice sînt utilizate în terapie pentru acțiunea lor de inhibare a sistemului nervos central. Cu ajutorul lor se poate obține orice grad de deprimare a sistemului nervos central : de la o sedare ușoară pînă la comă profundă. Din această cauză, acțiunea inhibitoare centrală este utilizată pentru producerea liniștirii, provocarea somnului, inhibarea convulsiilor sau instalarea anesteziilor în practica chirurgicală. Cu toate acestea, ele sînt utilizate mai mult pentru producerea somnului decît în oricare alt scop. Administrîndu-se doze corespunzătoare, cu oricare substanță barbiturică se produce somnul în interval de 20—60 de minute. El seamănă îndeaproape cu somnul fiziologic, este lipsit de vise și de regulă odihnitor.

Se poate afirma că substanţele barbiturice accentuează în parte indiferenţa faţă de stimulii externi, ajutînd prin aceasta somnul natural, atunci cînd situaţia înconjurătoare este favorabilă.

Dar în afara efectelor menţionate, barbituricele inhibă respiraţia, datorită efectelor directe asupra centrilor respiratori bulbari. Această acţiune este însă proporţională cu doza de barbiturice folosită, de unde derivă şi pericolul major în intoxicaţia cu barbiturice (moartea prin otrăvirea cu barbiturice se datoreşte, de regulă, insuficienţei respiratorii). De aceea, în administrarea substanţelor barbiturice se impune o precauţie deosebită, în special la bolnavii în vîrstă şi la copii, dat fiind pericolul potenţial de inhibare a centrilor respiratori.

În plus, barbituricele tind în mod uniform să scadă tonusul musculaturii gastrointestinale. Suprimarea diverselor simptome gastrointestinale de către dozele sedative se poate atribui, în mare măsură, şi acţiunii inhibitorii centrale.

Referitor la acţiunea lor asupra ficatului, specificăm că dozele hipnotice uzuale nu alterează funcţia normală a acestuia, ci doar la bolnavii hipersensibili faţă de medicamente, se produc unele leziuni grave hepatice, datorită, probabil, insuficientei posibilităţi de degradare metabolică a acestor substanţe.

De la uzul la abuzul de barbiturice

În general, se ştie că majoritatea drogurilor psihotrope alterează somnul, producînd după abandonarea lor fenomene de sevraj.

Tratamentele iraţionale cu hipnotice şi în special cu barbituricele atît de iubite, dar atît de necunoscute sub aspectul efectelor secundare de către marele public, produc serioase distorsiuni ale profilurilor normale de somn-veghe, iar la sevraj reapar frecvent insomnii rebele, somnul fiind dominat de activitate onirică. În aceste condiţii creşte intensitatea şi frecvenţa viselor şi a coşmarurilor, determinînd, în final, un nivel maxim de anxietate, cu mult mai mare răsunet decît banala insomnie pentru care se administrase iniţial narcoticul.

Toate fenomenele psihopatologice culminează cu apariţia şi evoluţia fenomenelor de dependenţă către toxicomania barbiturică. Obişnuinţa faţă de barbiturice, în sensul dependenţei psihice, nu este rară, iar unele persoane pot simţi importante tulburări psihice la întreruperea administrării lor, după o îndelungată folosire.

Toxicomania reprezintă o stare de intoxicaţie cronică sau periodică în detrimentul individului şi al societăţii, datorată administrării repetate a unor medicamente. Caracteristicile sale sînt impulsiunea de a continua ingerarea medicamentului, creşterea dozei, cît şi o dependenţă psihică şi uneori fizică faţă de respectivul drog.

Intoxicaţia medicamentoasă cronică reprezintă cea mai frecventă modalitate a toxicomaniei hipnotic-barbiturice, a cărei evoluţie în timp trece prin fazele de obişnuinţă, dependenţă şi, în final, poate să ajungă la degradarea persoanei. Dependenţa se instalează în decurs de cîteva luni, mai ales în rîndurile persoanelor labile, după tensiuni, eşecuri şi traume psihice.

Numărul toxicomanilor — iniţial relativ mic — apărut după primul război mondial cunoaşte astăzi o creştere continuă, punînd mari probleme de viitorologie socială.

În general, intoxicaţia cronică barbiturică se caracterizează printr-o serie de fenomene de ordin psihic, neurologic şi somatic.

Fenomenele psihice se caracterizează prin : lipsă de energie, neglijarea profesiei, îngustarea sferei intereselor cu preocuparea constantă pentru procurarea drogului, pierderea treptată şi extrem de marcată a conştiinciozităţii, mari tulburări de atenţie şi memorie, labilitate emoţională, cu accentuată tendinţă de sinucidere. Pe

acest fond pot apărea uneori fenomene de psihoză toxică acută, cu sindrom confuzional şi fenomene delirant halucinatorii. *Fenomenele neurologice* se caracterizează prin vorbire greoaie, neclară. Pot apărea şi *fenomene oculare* ca : nistagmus, diplopie, strabism cu greutate în acomodare, ameţeli, hipotonie generalizată.

În intoxicaţia barbiturică nu lipsesc nici *fenomene somatice* ca : tulburări gastrointestinale (anorexie, constipaţie).

În cazul persoanelor dependente de drog, abţinerea devine extrem de alarmantă, în mare ea este similară cu fenomenele psihopatologice întîlnite în *delirium tremens*. Se caracterizează prin tremurături, halucinaţii, delir, greţuri, febră, deshidratare, tahicardii, convulsii, care apar de obicei în momentul întreruperii administrării drogului la o persoană devenită toxicomană.

Slalom sociopsihologic

Viaţa modernă este extrem de consumptivă din punct de vedere nervos, omul zilelor noastre capitulînd la cele mai diferite situaţii şi conflicte, de la fapte minore şi pînă la stări psihotraumatizante aparent fără ieşire.

Un factor simplu, dar cu răsunet extrem de important asupra organismului îl constituie zgomotul : uşi care se trîntesc, obiecte care cad, instalaţii sanitare defecte, apeluri telefonice greşite, toate acestea impun un drastic, permanent şi frecvent consum de hipnotice. Iar dacă prin apropiere se găsesc şi alte surse de poluare sonoră, o tabletă hipnotică este luată azi şi mîine cu totul accidental, pentru ca, într-o zi, să ne trezim că a devenit o necesitate.

Adesea hipnoticele sînt folosite în mod greşit, necunoscîndu-li-se corect acţiunile şi indicaţiile. Astfel, nu puţine sînt cazurile cînd pentru o banală durere de dinţi, nevralgie, se folosesc şi somnifere, pentru a induce somnul. Că nu se realizează acest deziderat este un fapt cert, dar se obţine un oarecare grad de ataraxie, aparent plăcută, care va fi căutată şi cu proxima ocazie. Şi cînd, în timp, individul neavenit a realizat spontan, pe plan mintal, o senzaţie aparte, va folosi şi pe viitor în acelaşi scop un produs de tipul celui folosit iniţial, înscriindu-se din acest moment pe orbita teoretică a toxicofiliei barbiturice.

Toxicofilia azi

Încă din anul 1949, Organizaţia Mondială a Sănătăţii atrăgea în mod ferm atenţia asupra pericolului reprezentat de tendinţele toxicomanice ale omului modern. Se arăta încă de atunci, poate puţin forţat, că o persoană din patru, deci un sfert din populaţia globului, se găseşte sub o formă sau alta sub influenţa unui consum abuziv. Se includeau aici şi cafeinomania şi tabagismul, devenite prin răspîndirea lor cvasigenerală caracteristici ale omului modern şi, din această cauză, considerate de mulţi simple obiceiuri şi nicidecum toxicofilii.

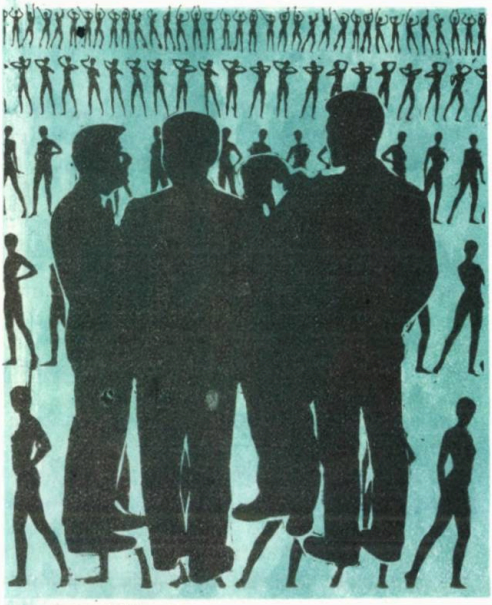
Statisticile Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii atestă existenţa a cel puţin un miliard de victime ale drogului, iar fenomenul toxicomaniei medicamentoase, prin gravele probleme ce le ridică, depăşeşte cu mult domeniul medical, impunîndu-se realmente ca una dintre problemele majore ale contemporaneităţii.

În aceste condiţii este pe deplin justificată discutarea acestei probleme, chiar dacă nu de pe aceleaşi poziţii, dar cel puţin în aceleaşi foruri unde se discută dezarmarea, poluarea, fapte ce atestă preocupările prioritare ale societăţii contemporane la nivel planetar.

Creşterea generală a consumului de droguri, sub toate aspectele, tinde să atingă proporţii catastrofale, iar media de vîrstă a celor cuprinşi de acest flagel scade într-un ritm vertiginos, ridicînd pentru generaţiile viitoare problema sănătăţii mintale, deoarece s-a constatat o maximă receptivitate faţă de droguri în perioada adolescenţei şi tinereţii.

Referindu-se la marea grupă a insomnicilor, care iau cele mai diferite substanţe pentru a obţine astfel, sau numai astfel, odihna atît de necesară, este oare corect să vedem nişte eventuali toxicomani ? Nu, aceasta ar fi o exagerare, dar drumul întortocheat al drogului îmbracă, de cele mai multe ori, cele mai neaşteptate şi mai neobişnuite moduri de a se extinde.

Interesant de remarcat că studii sociostatistice au relevat că nouă din zece toxicomani folosesc iniţial cu totul întîmplător drogul, din curiozitate, dorinţă de divertisment, spirit de imitaţie, plătind un preţ incomensurabil unei curiozităţi sau plăceri de o clipă.



Socioprofilaxia

În anul 1970, un grup de experți ai Organizației Mondiale a Sănătății au jalonat metodele cele mai întrebuințate pentru prevenirea și tratamentul farmacodependenței. Încă de atunci a fost subliniată importanța creării unei politici sanitare internaționale comune, necesare controlului producerii și distribuirii substanțelor capabile de a genera farmacodependența. Este obligatoriu să arătăm integral pericolul prezentat de fenomenul toxicofil, sub toate aspectele sale, în fața opiniei publice, pentru că numai astfel este posibilă crearea unui puternic curent de opinie împotriva acestei adevărate racile sociale.

Mijloacele de propagandă cele mai eficace, reprezentate de : presă, radio, TV, cinema, expunerile specialiștilor prin conferințe, mese rotunde și dezbateri publice, broșuri de popularizare etc., toate ajută la lupta împotriva drogului de orice natură, prin crearea unei adevărate imagini a nefastei lumi a drogului.

Alături de aceste măsuri, se impune cu necesitate aplicarea unui mod sănătos de viață. Astfel, butada lui Auguste Tournay își găsește și astăzi o integrală valabilitate : „pentru a putea dormi bine trebuie să avem stomacul ușor, conștiința liniștită și picioarele la căldură".

Activitatea fizică, mișcarea sub diferitele ei forme, constituie un factor sanogenetic, stimulator pentru obținerea unor rezultate cu totul spectaculare de inducere a somnului.

De asemenea, se impune tratarea corectă a eventualelor tulburări organice (tusea, dispneea, febra), fără a folosi hipnotice pentru rezolvarea insomniei secundare din cadrul acestor suferințe.

Pentru prevenirea insomniilor se recomandă, de asemenea, evitarea, mai ales seara, a excitantelor nervoase, a unei mese copioase sau indigeste, iar ca activități sînt indicate numai cele relaxante.

Omul modern, vinovat al intoxicației sale cronice cu cele mai diferite droguri, merge pe un drum extrem de periculos, care duce de fapt la degradarea personalității și a intelectului său.

Acest drum, care pare mai lung și mai depărtat de noi decît este în realitate, poate fi evitat printr-un cumul de metode ce vizează multe aspecte ale activității umane și pe care, în parte, am încercat să le elucidăm. Vor fi, oare, aceste metode, totalitar luate, eficiente în îngrădirea expansiunii gravelor fenomene toxicofile ?

Speranța noastră, a tuturor, este un răspuns pozitiv. Și dacă vom obține, pentru început, o reducere minoră a consumului de droguri, înseamnă că am salvat niște oameni utili societății.

De aceea, pentru a promova o stare de sănătate cît mai prosperă, să spunem un NU hotărît abuzului de somnifere !

DR. MIHAI PASCU
medic psihiatru
Spitalul județean Rîmnicu Vîlcea

— Doctore, am terminat „cura de slăbire"...
— Nu-ți mai amintești, cumva, ce ți-am prescris ?... Parcă mi-ar folosi și mie ! ! !

Folosirea abuzivă A ANTIBIOTICELOR

CONF. DR. **AL. DUMINICĂ MOISESCU**
DR. **ANCA DRĂGOI**

Antibioticele constituie un valoros succes al terapiei antiinfecțioase, cu efecte favorabile unanim recunoscute. Ele au modificat radical evoluția bolilor infecțioase, contribuind la vindecarea, altădată de neconceput, a multor boli. Dar administrarea lor trebuie să se facă rațional ; ele nu pot fi utilizate decît la recomandarea medicului, deoarece o folosire incorectă și nejudicioasă a antibioticelor duce la rezistența, din ce în ce mai frecventă, a germenilor cauzatori de boală față de ele.

Astăzi, după mai multe decenii de folosire, s-a ajuns la concluzia că tratamentul cu antibiotice se adresează numai agenților microbieni sensibili la aceste medicamente și nu bolii care urmează a fi tratată. De aceea, pentru a obține bune rezultate, este necesar să se cunoască, în primul rînd, agentul bacterian care a produs boala, precum și sensibilitatea acestuia la antibiotice.

De asemenea, un rol important îl prezintă și cunoașterea particularităților organismului bolnav (vîrsta acestuia, buna funcționare a unor organe, bolile de care a suferit), pentru a putea aprecia modul de a reacționa față de agentul infecțios.

În administrarea antibioticelor este necesar să fie cunoscute și proprietățile acestora : absorbția, distribuția în organism, forma sub care se elimină etc.

Nu trebuie ignorat nici potențialul antibioticelor de a genera accidente, uneori deosebit de severe, dacă acestea sînt folosite incorect și intempestiv. În plus, administrarea medicamentelor trebuie să se facă în doze suficient de mari, pentru a se obține concentrații eficiente în sînge sau în organe, concentrații de care depinde în final efectul terapeutic.

Aceste considerații conduc desigur la concluzia că tratamentul cu antibiotice trebuie să fie instituit numai de medic, singurul în măsură să asigure un tratament rațional și să sesizeze fenomenul advers, dacă acesta s-a produs.

Antibioticele, aceste prețioase medicamente, pe lîngă imensele avantaje pe care le prezintă, sînt capabile să producă o gamă foarte largă de fenomene adverse, cu grave implicații pentru organismul bolnav. Un real pericol îl prezintă *automedicația* sau *folosirea abuzivă* a lor. Fenomenele adverse care se pot înregistra duc la leziuni hepatice, renale, ale sistemului nervos central sau uneori sînt atît de grave încît pun în pericol viața bolnavului. Modalitățile de apariție a acestor fenomene nedorite sînt numeroase. Astfel, remarcăm :

Mecanismele toxice, care au la bază supradozarea antibioticului și un tratament de lungă durată. O deosebită importanță prezintă starea de funcționare a organelor cu rol în transformarea medicamentului, cum este ficatul sau rinichiul. Astfel, pot să apară : icter, după Novobiocină, surditate ireversibilă, datorită afectării perechii a VIII-a de nervi cranieni prin Streptomicină (îndeosebi la bolnavii cu insuficiență renală) sau convulsii după administrarea de doze excesiv de mari de penicilină (mai ales dacă meningele este inflamat).

Mecanismele alergice sînt incriminate mai ales la bolnavii cu antecedente de sensibilizare. Folosirea de peniciline sau sulfamide la acești bolnavi și mai ales administrările intempestive duc uneori la grave accidente, care se pot solda cu pierderea vieții. Un exemplu îl constituie șocul anafilactic după penicilină. De aceea, este necesar ca antibioticul să fie administrat numai de către medic, deoarece numai acesta poate depista sensibilizările din antecedentele bolnavului și tot acesta este în măsură să ia atitudine terapeutică atunci cînd fenomenul advers s-a declanșat.

Antibioticele modifică bacteria. Acest fenomen apare îndeosebi după adminis-

trarea incorectă a antibioticului şi se traduce prin *rezistenţa germenilor* faţă de aceste valoroase medicamente. Astăzi, rezistenţa bacteriană a devenit o problemă deosebită pentru practica medicală, întrucît îmbolnăvirile produse cu astfel de germeni sînt, în mod obişnuit, severe şi uneori chiar mortale. Pe de altă parte, folosirea îndelungată a unor antibiotice pe cale orală duce la preturbarea florei intestinale normale, urmată de îmbolnăviri greu de restabilit.

Există şi situaţii speciale, cînd *automedicaţia* sau *folosirea abuzivă de antibiotice* are drept urmare accidente deosebit de grave, uneori ireversibile. În acest sens menţionăm tratamentul cu antibiotice care se elimină în mod normal pe cale renală, cum sînt Streptomicina, Kanamicina etc., şi care expun la accidente foarte grave pe bolnavul cu insuficienţă renală. Datorită acestei insuficienţe, eliminarea medicamentului nu se mai face normal, ceea ce duce la acumularea acestuia în sînge, realizînd accidente toxice.

Există unele antibiotice cum ar fi : Ampicilina, tetraciclinele, Rifampicina, care se concentrează în ficat, iar altele ca, de exemplu, unele tetracicline, Eritromicina, Cloramfenicolul etc., care se elimină, în special, prin ficat. Ţinînd seama de rolul important al ficatului în acţiunea unor antibiotice, la administrarea acestora vor trebui luate în considerare toate suferinţele ficatului. Din aceste motive, la bolnavii care prezintă astfel de suferinţe se contraindică administrarea de : Eritromicină, Rifampicină, Cloramfenicol şi unele tetracicline. Şi dacă boala impune administrarea unora dintre aceste antibiotice, dozele folosite vor fi mult scăzute, în special pentru Eritromicină şi tetracicline.

O prudenţă deosebită se impune administrării empirice a antibioticelor la copilul mic (prematur şi nou-născut), deoarece cele două funcţii de bază ale organismului — cea renală şi cea hepatică — nu sînt suficient maturizate, expunînd copilul la accidente severe.

De asemenea, în cursul *sarcinii* numeroase antibiotice sînt contraindicate, datorită riscului de a produce grave malformaţii ale fătului. Din aceste motive, legislaţia recomandă ca antibioticele cu potenţial toxic să se administreze bolnavelor cu vîrsta cuprinsă între 16 şi 40 de ani numai după ce există asigurarea că acestea nu sînt gravide.

Un exemplu îl constituie tetraciclinele, absolut contraindicate în sarcină, iar Streptomicina, folosită incorect, poate să producă surditate definitivă la copil.

Fenomenele adverse cauzate de antibiotice, folosite abuziv sau empiric, au devenit din ce în ce mai frecvente, realizînd o nouă patologie — medicamentoasă — care presupune uneori accidente grave şi eforturi terapeutice pentru restabilirea organismului.

De aceea, considerăm util să arătăm, în mod succint, cele mai frecvente fenomene adverse care survin după abuzul sau automedicaţia cu antibiotice.

Cloramfenicolul, folosit incorect şi abuziv, produce tulburări ale elementelor figurate din sînge (mai ales ale celulelor albe) ; de asemenea, rupe echilibrul florei intestinale normale, realizînd dezechilibre severe gastrointestinale.

Eritromicina produce frecvent tulburări gastrointestinale, diaree, stomatite sau icter.

Kanamicina, administrată îndelung şi în special la bolnavii cu insuficienţă renală, poate produce surditate ireversibilă. Acelaşi fenomen se înregistrează şi după folosirea incorectă de Streptomicină.

Penicilinele folosite în exces dau numeroase fenomene adverse. Dintre acestea menționăm : alergiile, manifestate prin erupții și mai rar prin șoc anafilactic, de obicei mortal, febră, anemie, iar în insuficiența renală și după administrări în doze mari produc convulsii.

Tetraciclinele duc adesea la tulburări gastrointestinale, leziuni osoase și erupții alergice.

Așadar, automedicația sau folosirea abuzivă a antibioticelor trebuie combătută pe toate căile. Este necesar să se înțeleagă că antibioticele sînt folositoare numai pentru tratarea bolilor cauzate de germeni sensibili la aceste medicamente. De asemenea, trebuie combătută părerea greșită că orice febră este de origine bacteriană și deci trebuie tratată cu antibiotice. O gravă eroare o constituie confuzia care se face între medicația antitermică și cea antiinfecțioasă.

De aceea, adresăm un apel către marea masă a populației de a nu folosi antibiotice decît în mod rațional și la recomandarea medicului, contribuind astfel la reducerea flagelului patologiei medicamentoase, o problemă în plus pentru medicina modernă.

Abuzul de medicamente în reumatologie

PROF. DR. **REMUS NESTOR**
Centrul metodologic de reumatologie

Medicamentul aparține epocii moderne. Pînă în anul 1938 numărul lor era limitat : aspirina, piramidonul, digitala, morfina și alte cîteva extracte vegetale. Odată cu descoperirea sulfamidelor, medicamentele devin un bun de consum industrializat, cu arie mare de răspîndire.

Apar, rînd pe rînd, antibioticele, antihistaminicele, tranchilizantele, cortizonul, tuberculostaticele, anticoagulantele, hipotensoarele, anticanceroasele și chiar medicamente capabile să ajute memoria sau să preîntîmpine ridurile.

În decurs de 4 decenii, produșii de bază din industria medicamentoasă, care erau de ordinul zecilor, au ajuns de ordinul miilor : asistăm la o adevărată explozie de noi medicamente. Un exemplu elocvent îl constituie cele 80 de produse farmaceutice cu acțiune laxativă, existente în prezent în Franța.

Dacă ținem seama că nu există medicament care pe lîngă efectul pozitiv să nu aibă și un efect dăunător, înțelegem mai bine riscurile la care sînt expuși bolnavii care consumă din proprie inițiativă cantități însemnate de medicamente.

În reumatologie, acest pericol este evident. Există țări unde sînt indexate peste 200 de specialități farmaceutice care își reclamă întîietatea și acțiunea lor antireumatică, antiinflamatorie, decontracturantă musculară, analgezică, antiedematoasă etc.

Abuzul de preparate analgezice conținînd aspirină, fenacetină și cofeină (exemplu, Fasconalul), în scopul de a „vindeca" o durere de cap, spondiloza cervicală sau poliartrita reumatoidă, duce pe nesimțite la o intoxicație cronică.

Există bolnavi reumatici cronici, în special femei, care iau zilnic 3–4 asemenea cașete, luni sau chiar ani. Consecința ? Apar, pe lîngă modificări de ordin psihic, *manifestări gastrice* (ulcer sau hemoragie), *manifestări hematologice* (anemie cu deficiență de fier, anemie hemolitică) sau *cardiopatie ischemică*. De asemenea, mai poate fi întîlnită o *nefropatie*, denumită *analgezică* (în propor-

ție crescută la femeia însărcinată), manifestată clinic prin colici și hematurie macroscopică, expresie a unei necroze papilare. Riscul acestei complicații este foarte mare dacă ținem seama că, după glomerulonefrită, nefropatia analgezică constituie cea mai frecventă cauză de insuficiență renală. Dealtfel, în Australia, de exemplu, 20% din programul de dialize și transplanturi renale se datoresc acestei afecțiuni. S-a constatat că bolnavii cu nefropatie analgezică îmbătrînesc precoce, prezentînd complicații vasculare la vîrste relativ tinere.

Medicamentele antireumatice moderne, cum sînt sărurile de aur, fenilbutazona, dacă nu sînt corect stăpînite, au drept consecință alterarea funcției renale, știut fiind că rinichiul este organul principal de eliminare pentru majoritatea medicamentelor. Mecanismul de producere al acestei nefrotoxicități este foarte variat, uneori de ordin imunologic.

Asocieri nepermise de medicamente agresive, cum ar fi sărurile de aur și fenilbutazona, precum și administrarea lor în doze mari și prelungite, pot induce și îmbolnăviri ale ficatului. Există, într-adevăr, un procent foarte mic, de numai 0,66 atingeri hepatice după poliartrită reumatoidă, majoritatea cazurilor întîlnite în practică fiind consecința unui tratament antireumatic abuziv.

Un alt medicament la fel de dăunător în administrări prelungite este cortizonul. Mulți bolnavi de poliartrită reumatoidă, tratați un timp mai îndelungat cu cortizon, au devenit dependenți de acest preparat, creîndu-se o adevărată cortizonomanie, asemănătoare oricărei toxicomanii, de o gravitate reală. Chiar dacă bolnavii s-au simțit bine un timp, fericirea a fost însă de scurtă durată.

Cifrele statistice demonstrează că la bolnavii cortizonodependenți crește riscul toxiinfecțiilor alimentare, al infecțiilor colibaciiare, al colapsului etc. Subliniem aceste grave complicații ale corticoterapiei, pentru a încerca să frînăm marea tentație la care este supus bolnavul și uneori chiar medicul, în dorința de a obține o suprimare rapidă a unei mari suferințe cu care nu rareori este confruntat bolnavul reumatic.

Uneori, din proprie inițiativă, bolnavul crește doza, alteori încearcă, fără vreo specificație, să asocieze alte medicamente, cu reputație dubioasă sau total contraindicate, dar, din păcate, doza optimală este foarte aproape de cea toxică. De aceea, atragem atenția că doza medicamentoasă zilnică va fi cu atît mai mică, cu cît durata bolii reumatismale este mai mare, ca în poliartrita reumatoidă, spondilartrita anchilozantă etc. Dozele mari sînt permise numai în acele forme reumatismale foarte dureroase, dar de o durată mai scurtă ca, de exemplu, periartrita scapulohumerală.

În prezent, arsenalul terapeutic s-a îmbogățit foarte mult, avînd în vedere frecvența bolilor reumatismale și faptul că unele din ele – cele cronice – pe lîngă invaliditatea progresivă pe care o dau (anchiloze, redori etc.), expun bolnavul la suferințe greu de suportat. Și totuși, un lucru nu trebuie să uităm : medicamentele antireumatice cele mai valoroase pot deveni o armă foarte periculoasă atunci cînd se abuzează.

Alimentaţia BOLNAVULUI REUMATIC

Este bine cunoscut faptul că alimentaţia corectă, raţională, este necesară pentru menţinerea stării de sănătate şi prevenirea unor boli, iar dieta sau regimul alimentar ocupă un loc important printre măsurile terapeutice în caz de boală.

Pentru unele suferinţe regimul alimentar ocupă un loc central în ansamblul măsurilor de tratament (diabetul, guta, obezitatea), iar pentru altele, regimul este indispensabil procesului de ameliorare sau vindecare, alături de celelalte tratamente (insuficienţă cardiacă, boli febrile, boli hepatice etc.).

Există un tip de alimentaţie propriu reumatismului ? **există** un regim alimentar al bolnavului reumatic ? **Nu se poate vorbi de un regim alimentar pentru reumatism, în primul rînd pentru că nu există o singură formă de reumatism, ci o serie de boli reumatismale.** Există însă un regim alimentar al bolnavului reumatic, **care ţine seama de** : forma de boală, complicaţiile **care pot apărea în cursul bolii,** bolile asociate **reumatismului, restricţiile impuse de anumite** medicamente.

În spiritul celor menţionate, regimul alimentar este prescris de medic, individualizat pe fiecare bolnav şi eventual este modificat în cursul evoluţiei bolii.

Astfel, în reumatismul poliarticular acut, **frecvent întîlnit la copii, există iniţial o perioadă febrilă, în care creşterea metabolismului (cu 13% pentru fiecare grad cu care se ridică temperatura) determină necesitatea unui regim caloric crescut (4 000—5 000 calorii), cu aport de proteine, restrîngînd numai grăsimile. Ingestia de lichide este foarte importantă, iar sucurile de citrice (lămii, portocale, grepfruturi) şi de roşii au şi calitatea de a acoperi nevoile crescute în vitamina C din această perioadă. Laptele este un aliment excelent, oferind calorii, proteine, vitamine, minerale şi în acelaşi timp protejează stomacul de acţiunea unor medicamente necesare acestei perioade (aspirină, fenilbutazonă, prednison). În cazurile în care este interesată şi inima, iar bolnavul primeşte preparate cortizonice, se restrînge consumul de sare şi dulciuri.**

Poliartrita reumatoidă **(P.C.E.), întîlnită în special la sexul feminin, este o boală cu caracter cronic şi predispune bolnavii, mai ales vîrstnici, la stări de dezechilibru nutriţional. De aceea, se recomandă la cele două mese principale proteine sub formă de carne, peşte, lapte, brînză, ouă proaspete, evitîndu-le pe cele conservate. Laptele şi derivatele sale sînt importante pentru bogăţia în principii alimentare în general, pentru aportul de calciu şi pentru efectul protector asupra stomacului. Necesarul caloric se va completa, în afara proteinelor, cu fructe, vegetale, unt, ulei şi mai puţin cu făinoase şi dulciuri. Sînt permise toate fructele, legumele şi zarzavaturile sub toate formele (în funcţie de toleranţă), preferîndu-le pe cele care sînt bogate şi în vitamina C (ardei gras, roşii, citrice, fragi, coacăze). În cazul în care medicamentele necesită regim fără sare, se vor prefera o serie de produse naturale care conţin sodiu în cantităţi importante (lapte, brînză, ouă, carne, peşte, spanac, sfeclă, morcovi), iar pentru a creşte aportul de potasiu se va insista asupra sucurilor de fructe (citrice, mere) şi de roşii. Nu trebuie uitat că o serie de condimente permise pot corecta gustul alimentelor preparate fără sare (foi de dafin, chimen, mărar, hrean, cimbru, coriandru, boia, pătrunjel, piper, tarhon, suc de lămîie, vin, borş, mac, susan etc.).**

În spondilartrita anchilozantă, **bolnavii au nevoie, ca şi în poliartrita reumatoidă,**

de un regim alimentar echilibrat, existînd tendința ca aceștia să piardă din greutatea corporală ; dieta fără sare poate fi, de asemenea, necesară în perioada administrării unor medicamente ca fenilbutazona sau similarele acesteia.

Frecvent se asociază spondilartritei anchilozante boala ulceroasă și litiaza renală, situație în care este necesar un regim alimentar adaptat acestor situații.

În boala ulceroasă, de exemplu, se recomandă mese mici, repetate, fără alimente iritante sau stimulante ale secreției gastrice ; laptele și frișca, în schimb, au calități antiacide. Fructele și vegetalele se pot folosi ca pireuri, pentru a înlătura semințele și coaja, iar dulciurile concentrate se vor evita, fiind iritante. În schimb, se pot folosi creme de lapte și ouă, deserturi cu gelatină, înghețate cu vanilie și frișcă. Sînt interzise supele de carne, ceaiul, cafeaua, ciocolata, alcoolul și condimentele.

În litiaza renală este necesară cura de diureză (2—3 litri de lichide pe zi) și un regim alimentar în funcție de natura calculilor. În litiaza oxalică se vor evita : sfecla, spanacul, măcrișul, păpădia, afinele, smochinele, agrișele, prunele, zmeura, ceaiul, ciocolata, cacaoa, cafeaua, gelatina, piperul și se vor restrînge : laptele, portocalele, căpșunele coacăzele, cartofii, roșiile, varza de Bruxelles. În litiaza fosfatică se limitează laptele și derivatele sale, ouăle, organele, sardelele, icrele, pîinea neagră, nucile, fasolea, carnea, în general, iar în litiaza uratică, regimul alimentar este asemănător celui care se recomandă pentru gută.

Guta, considerată în trecut ca o boală datorată strict supraalimentației, astăzi se știe că are drept cauză un defect de prelucrare în organism a unor substanțe (purinele) și de aceea se impune restricția acestora (o dietă lipsită complet de purine este imposibilă, deoarece aproape toate alimentele conțin aceste substanțe). Este, așadar, necesar să manifestăm grijă pentru alimentele care sînt foarte bogate în purine și care trebuie excluse, cum ar fi : rinichi, ficat, momițe, creier, inimă, supe de carne, pastă de pește, heringi, macrouri sardele, scrumbii, gîscă, vînat, porumbei și, dimpotrivă, îngăduință pentru cele foarte sărace, care pot fi consumate zilnic (produse de panificație din făină albă, dulciuri, prăjituri de casă, mere, budinci, înghețată, cremă de ouă și lapte, brînzeturi, ciocolată, cafea, ceai, ouă, unt, margarină, fructe, murături, legume, exceptînd spanacul, fasolea, lintea, ciupercile, conopida și sparanghelul.

În criza acută de gută, care durează 2—3 zile, se recomandă o dietă ușoară lactohidro-zaharoasă (3 litri de lichide zilnic).

Artrozele și spondilozele nu par a fi influențate în mod direct, ca apariție și evoluție, de regimul alimentar, dar acesta poate influența unii factori agravanți : obezitatea, hiperuricemia, osteoporoza, osteomalacia.

Supraîncărcarea ponderală are un rol evident agravant în artroze, ducînd la decompensare. Regimul de slăbire se impune, dar acesta trebuie alcătuit rațional și echilibrat. Se va respecta necesarul fiziologic minim de proteine (1—1,5 g pe fiecare kilocorp), care va fi obținut din carne slabă, preparată la grătar sau rasol, lapte și derivate, ouă. Grăsimile sînt permise în cantitate moderată, iar glucidele numai în cantitate mică (2—3 feliuțe de pîine neagră pe zi). O serie de legume sărace în hidrați de carbon se pot folosi crude sau sub formă de salată : roșii, ardei, castraveți, țelină, andive, ridichi, varză, salată verde sau soteuri de fasole verde, spanac, conopidă, varză de Bruxelles. Cartofii (fierți) sînt permiși rar și în cantitate redusă ; de asemenea, morcovii, sfecla, ceapa, prazul și fructele dulci (struguri, caise, piersici, pere dulci).

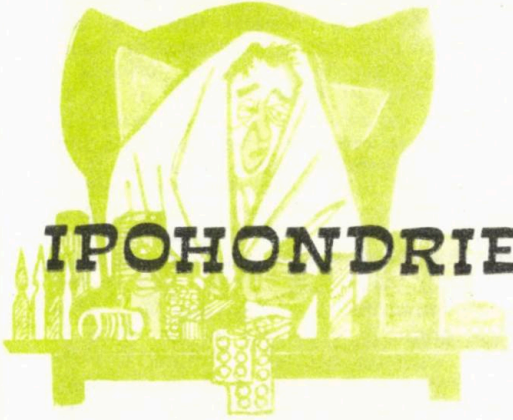
O alimentație completă, conținînd toate principiile alimentare, din care să nu lipsească laptele și derivatele sale, are rol important în prevenirea osteoporozei și osteomalaciei, iar în boala deja declanșată, laptele și derivatele au valoare de medicament. Un litru de lapte pe zi asigură nece-

sarul de 1 g de calciu. Pentru cei care nu tolerează laptele se pot folosi derivatele sale (mai puțin untul) și alte alimente bogate în calciu, cum sînt : gălbenușul de ou, sardelele, scoicile, gutuile, varza roșie, spanacul, ceapa verde, păpădia, smochinele uscate, măslinele, alunele, migdalele etc.

Excesul de grăsimi și preparatele din făină neagră se restring, putînd împiedica absorbția calciului prin intestin.

Din cele relatate rezultă că și în unele suferințe reumatismale, regimul alimentar ocupă un loc important, de el depinzînd evoluția bolii. O deosebită atenție trebuie acordată însă bolilor asociate reumatismului, cum sînt : boala ulceroasă, insuficiența hepatică și renală, care pot fi exacerbate cu ocazia aplicării tratamentului medicamentos. De aceea, orice fenomen advers trebuie semnalat medicului, care va decide nu numai asupra medicamentului cel mai bine tolerat, ci și asupra unui regim alimentar adecvat.

Dr. MARIETA STOICESCU
Centrul metodologic de reumatologie



IPOHONDRIE

Avea și el o patimă neroadă :
cînd îi ieșea în drum o farmacie,
fixa, extaziat, cîte-o cutie
din cele puse-n galantar, la stradă.

Intra... cerea grăbit o doctorie...
Putea casierița să nu-l creadă
că și-a pierdut rețeta la grămadă,
cînd l-au făcut în troleibuz piftie ?

Criteriul era cel alfabetic,
precum : Acidopeps, Adrenalină
(și tot la A a dat de-un diuretic),

apoi cu B : bromură, Biseptol,
dar s-a oprit la C : Cloxacilină,
Clorocalcin, Cavit... „Cimitirol"...

ANDREI CIURUNGA

MEDICINĂ
în culori

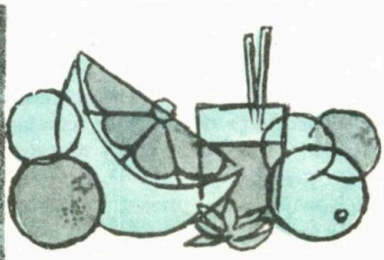
— Sînt palid, doctore, ca varul,
zicea un X (să nu dăm nume)
și-s trist mereu, deși amarul
nu are-o cauză anume.

E grav, mi-a spus-o și frizerul...
Aș face-o cerere, mai bine,
poate-mi aprobă Ministerul
un stoc de doctorii străine !

— Nu-i cazul să-ntocmiți o jalbă,
doar n-aveți astmă sau podagră.
La pielea anormal de *albă*
se recomandă Marea *Neagră*.

Și tot din medicina noastră
cunosc un leac ce nu se pierde :
eu, pentru inima *albastră*,
v-aș indica natura *verde*...

ANDREI CIURUNGA



ALIMENTAȚIA *VIITOARELOR MAME*

În timpul sarcinii și alăptării, femeia trece printr-o serie de transformări fiziologice normale. Acestea impun, pe toată perioada graviditățiî, luarea unor măsuri în vederea menținerii unei stări optime de sănătate atît a mamei, cît și a viitorului copil. Una dintre măsurile cele mai importante o constituie alimentația.

Rația alimentară în cursul graviditățiî trebuie să conțină toți factorii de nutriție necesari organismului. *Proteinele* de bună calitate, care trebuie să aducă un plus de 20 g peste rația alimentară a femeii negravide, sînt conținute în : lapte, carne, pește, brînzeturi, ouă etc. Este indicat ca aceste proteine cu valoare mare biologică să reprezinte mai mult de jumătate din cantitatea totală de proteine, restul fiind constituite din proteine vegetale, conținute în unele legume și cereale. Este de reținut faptul că leguminoasele uscate (mazărea, fasolea uscată, lintea etc.), datorită cantităților mari de celuloză pe care le conțin, provoacă balonări greu suporate de femeia gravidă și de aceea ele trebuie evitate.

Aportul proteic crescut se explică prin faptul că femeia, în timpul sarcinii, pregătește perioada de lactație, stocînd o parte din proteine în vederea secreției lactate necesară fătului.

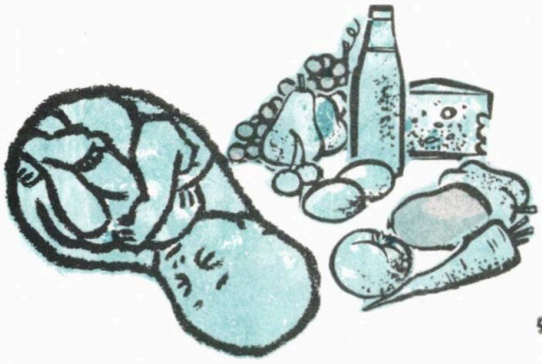
Glucidele (zaharurile) este de preferat să fie luate din fructe, legume, cereale etc. și mai puțin sub formă de dulciuri concentrate, deoarece ele se transformă în grăsimi, amenințînd gravida de obezitate. De asemenea, nu este indicat să se abuzeze de făinoase, care, după cum este cunoscut, contribuie și ele la îngrășare excesivă. Un regim bogat în glucide se pare că ameliorează deseori vărsăturile de sarcină.

Lipidele (grăsimile) constituie sursa principală de vitamine liposolubile și sînt furnizate de lapte, brînză, unt și uleiul consumat de gravidă. Cantitatea de lipide nu trebuie prea mult crescută în timpul sarcinii, deoarece obosește ficatul și așa solicitat în plus. Astfel, cantitatea de lipide care se recomandă în a doua perioadă a sarcinii este de maximum 100 g pe zi.

Nevoile de *vitamine* și *săruri minerale*, de asemenea crescute, mai ales în ultima perioadă a sarcinii, cînd și nevoile fătului sînt mai mari, sînt aduse prin consumarea fructelor și legumelor verzi, de preferat în stare proaspătă. În special, vitaminele din grupa B sînt necesare, datorită proceselor metabolice intense care au loc. Unele fenomene de disgravidie ca : oboseala, greturile, crampele au fost puse pe seama carenței acestei vitamine. Nevoile zilnice sînt apreciate la 2—3 mg/zi, furnizate de : drojdie de bere, pîine integrală, carne, legume verzi, alune, nuci. Deoarece vitamina C scade progresiv din sînge pînă la naștere, pentru a se menține un nivel normal se recomandă administarea unei cantități suplimentare, care va fi luată din fructe (citrice), legume verzi și cartofi.

Folosirea intensivă a vitaminelor preparate pe cale sintetică se va face numai la indicația specială a medicului. Este de preferat aportul adus de vitaminele naturale, conținute în legume și fructe proaspete, consumate pe cît posibil în stare crudă și mai puțin sub formă de compoturi. De asemenea, legumele proaspete sînt preferate sub formă de salate de crudități, care dau aspect, culoare și gust mîncării. Acestea vor fi asezonate cu suc de lămîie, oțet din fructe, verdeață (bine spălată) etc.

Sucurile de fructe și legumele constituie un adevărat izvor de sănătate pentru organism. Sucurile naturale sînt obținute prin presarea diferitelor fructe și legume proaspete. Acestea reprezintă o sursă bogată de vitamine, săruri minerale și glucide (zaharuri), ca și de acizi organici (citric, tar-



tric, malic). Valoarea energetică a sucurilor este în funcție de cantitatea de glucide (zaharuri) pe care le conțin fructele și legumele (în medie ele au între 5 și 25% glucide). Nu trebuie uitat că atît fructele, cît și legumele, conțin și proteine. Sucurile proaspete se pot consuma ca atare sau cu adaos de zahăr, apă minerală sau sifon, ca și cu adaos de lapte sau frișcă. În acest caz, valoarea nutritivă crește, mărindu-se numărul de calorii, în funcție de alimentul adăugat. Mai prezintă însă avantajul că zaharurile conținute în legumele și fructele proaspete sînt ușor absorbite și asimilate de organism. Ele fiind sărace în sare și, în schimb, bogate în potasiu și zaharuri, stimulează diureza, deci cresc eliminarea de sodiu, uree și acid uric. Se preferă ca sucurile proaspete să se consume imediat, pentru a nu lăsa să se oxideze vitaminele și pentru a nu se degrada prin procesul de fermentație. În afară de efectul lor răcoritor, gustul și aroma plăcută, ele mai reprezintă și o importantă sursă de vitamină C ; de asemenea, contribuie la înlocuirea apei din organism, mai ales în timpul sezonului cald, cînd se pierde apă mai multă prin transpirație.

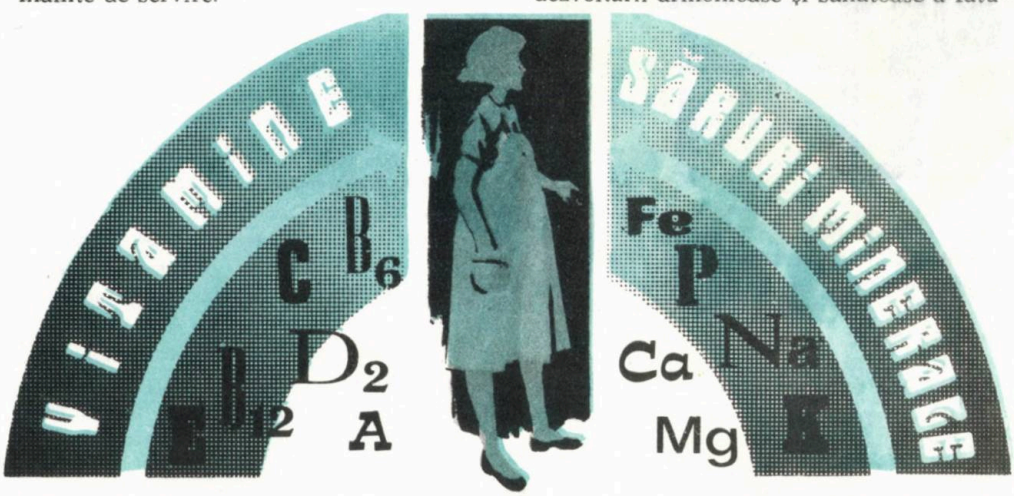
De reținut este faptul că în timpul sarcinii trebuie evitate mîncărurile prea sărate, condimentele (piper, paprica etc.), vînatul și băuturile alcoolice. În acest scop se recomandă înlocuirea „picanteriilor" din mîncare cu condimente permise ca : cimbru, chimen, foi de dafin, ienibahar etc. Nu trebuie să fie uitate nici verdețurile (mărarul, pătrunjelul, leușteanul), care, pe lîngă gustul plăcut, aromă și aspectul atrăgător dat mîncării, sînt și purtătoarele unor cantități importante de vitamină C. De aceea, se recomandă să fie bine spălate, tăiate fin și puse pe deasupra mîncării înainte de servire.

La femeile în perioada de sarcină, un exces de sare în mîncare poate provoca o retenție hidrică (reținerea apei în țesuturile organismului), datorită unor eventuale leziuni renale, neidentificate pînă atunci la femeia respectivă și pe care sarcina le evidențiază. O retenție mărită hidrosalină poate să ducă la scăderea elasticității și a forței de contracție în timpul travaliului. Datorită acestui efect negativ, se recomandă să fie scăzută cantitatea de sare din alimentație, la jumătate, în ultimele două luni de sarcină.

Dar și nevoile de *calciu* sînt crescute în această perioadă. Un aport insuficient de calciu se răsfrînge asupra copilului printr-o insuficientă calcificare osoasă, prin lipsă de dezvoltare musculară, predispoziție spre rahitism și lipsă de rezistență la infecții. Sursa importantă de calciu o reprezintă laptele și derivatele acestuia ; de asemenea, fructele oleaginoase (nuci, alune), precum și cacaoa și ciocolata.

Este demn de reținut că în timpul sarcinii nu trebuie confundat abuzul alimentar cu o alimentație rațională, adică o hrană suficientă și cantitativ, și calitativ, consumată într-un număr crescut de mese, dar cu un volum redus. În acest scop, trebuie evitate alimentele prea grase sau prăjite nerațional, foarte sărate sau prea condimentate, alimentele conservate sau afumate, ca și cafeaua și alcoolul. Sînt contraindicate unele practici greșite sau obiceiuri alimentare ale mamelor de a consuma ceapă și usturoi, ca și cafea sau alcool. Consecința este apariția unui gust neplăcut al laptelui matern, imprimînd sugarului o stare de nervozitate sau chiar tulburări digestive.

Nu trebuie uitat că alimentele care intră în organismul mamei au influență asupra dezvoltării armonioase și sănătoase a fătu-



lui, dacă acestea sînt consumate raţional. Astfel, este indicată mărirea treptată a cantităţilor de proteine, glucide şi lipide, începînd din luna a III-a, a IV-a de sarcină, cînd nevoile calorice sînt mai mari cu 5—10% faţă de femeia negravidă, ajungîndu-se chiar pînă la 20% spre sfîrşitul sarcinii.

Raţia alimentară trebuie să ţină cont atît de vîrsta mamei, cît şi de solicitarea ei fizică sau psihică. Astfel, dacă tînăra mamă este adolescentă, deci în perioada cînd organismul nu şi-a terminat dezvoltarea, raţia alimentară trebuie să fie mai bogată decît la adulte. De asemenea, dacă activitatea zilnică este moderată în primele trei-patru luni de sarcină, cantitatea necesară de calorii variază între 2 400—3 000, ajungînd pînă la 3 600, dacă activitatea pe care o duce este mai intensă. În ultimele patru luni de sarcină, puterea calorică a alimentelor va creşte pînă la 3 800, în funcţie de munca depusă.

Este necesar să accentuăm asupra regulilor care trebuie să fie cunoscute şi respectate de orice persoană, indiferent de vîrstă sau stare fiziologică. Astfel, alimentele trebuie să fie bine mestecate, orele de masă să fie respectate, să se acorde timpul necesar, evitîndu-se consumarea alimentelor în grabă ; de asemenea, în timpul mesei să fie evitate emoţiile sau enervările. De aceste reguli generale trebuie să se ţină cont în mod deosebit în această perioadă specială.

Datorită grijii deosebite a statului nostru, fiecare femeie, pe toată perioada graviditătii, are posibilitatea şi obligaţia de a fi examinată lunar, orice carenţă constatată de medic putînd fi înlăturată la timp, astfel ca naşterea să decurgă normal, iar copilul — viitorul de mîine al ţării — să fie cît mai sănătos şi mai armonios dezvoltat.

ILEANA ŞERBĂNESCU-BERAR
specialistă în nutriţie şi dietetică

ÎNGRIJIREA copilului prematur

Prin definiţie, prematur este considerat nou-născutul care are la naştere o greutate egală cu sau sub 2 500 g. Dacă realizează această condiţie, dar sarcina a fost dusă peste 37 de săptămîni, copilul este numit dismatur. În practică, este uneori greu de făcut diferenţierea între aceste două categorii, deoarece au multe trăsături comune.

Prematurul privit comparativ cu nou-născutul normoponderal (cu greutate normală) are numeroase deficienţe fiziologice, care impun îngrijiri speciale, pentru a-l feri de îmbolnăviri. O primă deficienţă este cea respiratorie : musculatura toracică slab dezvoltată, elasticitatea pulmonară redusă, centrii respiratori nematurizaţi favorizează la prematur crize de apnee (oprirea respiraţiei) şi cianoză (invineţirea pielii), mergînd pînă la insuficienţă respiratorie severă. Din această cauză, el trebuie ţinut uneori la oxigen, într-o anumită concentraţie (peste 40% oxigen în aerul ambiant devine vătămător), care se realizează în incubator. De notat că oxigenul trebuie umidifiat, trecîndu-l printr-un barbotor. În orice caz, chiar dacă nu necesită administrare de oxigen, prematurul are nevoie de o atmosferă curată, neviciată de fum sau de gaze, cu o umiditate cît mai ridicată, deoarece nu poate suporta uscăciunea mucoasei căilor respiratorii. În cazul cînd se găseşte în incubator, umiditatea este reglabilă în interior prin manevrarea unor butoane care permit mai mult sau mai puţin accesul vaporilor de apă în spaţiul unde se află copilul.

O altă deficienţă o reprezintă incapacitatea de adaptare termică, adică prezintă riscul de a creşte temperatura într-un mediu supraîncălzit sau, mai frecvent, de a

avea o temperatură subnormală (hipotermie), dacă mediul ambiant este prea rece pentru el. Incapacitatea de termoreglare este una dintre cele mai grave și mai primejdioase deficiențe fiziologice ale prematurului și ea trebuie combătută energic, uneori pe perioade lungi. Dacă prematurul se află în incubator, temperatura poate fi reglată după necesități, ajungîndu-se, în cazul unui prematur foarte mic și care este expus complet dezbrăcat, la temperatura de 37°. În situația în care nu există incubator la dispoziție și micuțul trebuie transportat, membrele superioare și inferioare vor fi învelite în vată dispusă în strat gros și uniform ; în același mod se va căptuși și scufița. În plus, se recomandă să i se pună în pat, în coșuleț sau în cărucior unde se află, sticle cu apă caldă bine astupate (pentru a nu se vărsa), învelite în cîrpe (pentru a nu produce arsuri) și așezate de-a lungul extremităților inferioare și la tălpi, astfel încît cu trei sticle se realizează forma literei U. Se va ține seama și de riscul de supraîncălzire, care, după cum am menționat, este mai mic.

Pericolul de infecții este deosebit de ridicat la prematuri, care posedă mijloace de apărare foarte reduse în fața germenilor patogeni : tegumente și mucoase subțiri, alcătuind o barieră insuficientă, prezența plăgii ombilicale, care poate constitui poartă de intrare pentru microbi, lipsa de dezvoltare a țesutului limfatic, absența anticorpilor etc. De aceea, pentru îngrijirea prematurului se impune respectarea riguroasă a regulilor de curățenie, igienă și asepsie. Măsurile care se iau în secțiile de prematuri sînt comparabile cu cele impuse de o sală de operație, atît de mare este riscul de infecție.

Încăperea unde stă copilul nu trebuie să fie supraîncărcată cu mobilă, perdele, perne etc., acestea fiind mai greu de curățat. Curățenia se va face în așa fel încît să nu se stîrnească ridicarea prafului. Scutecele vor fi spălate separat de rufăria celorlalți copii sau membri ai familiei și obligatoriu călcate cu fierul de călcat încins. Persoanele care îngrijesc prematurul sau vin în contact cu el — inclusiv mama — vor sta cît mai puțin posibil în apropierea imediată a lui. Nu se va

circula în preajma copilului cu hainele de oraș sau de lucru, ci se preferă un halat utilizat în exclusivitate pentru camera prematurului. Se recomandă ca la apropierea de copil, orice persoană să poarte o mască de tifon pe față. Este interzisă apropierea persoanelor bolnave de gripă, alte viroze, furuncule sau alte infecții ale pielii, infecții gastrointestinale și urinare etc. De asemenea, este interzisă pătrunderea altor copii în camera prematurului.

Un capitol de o deosebită importanță în creșterea și recuperarea prematurului îl reprezintă alimentația. Există numeroase scheme și formule, pe care numai specialistul le poate decide. În principiu, menționăm că în primele 12 ore după naștere, prematurul nu va fi alimentat cu nimic pe gură, pentru a se putea adapta la noua viață extrauterină în care și-a făcut intrarea. Uneori, în caz de suferință la naștere, această perioadă de „post" se prelungește, administrîndu-i-se, la recomandarea medicului, soluții nutritive pe cale endovenoasă (soluții de glucoză, fructoză, clorură de sodiu, aminoacizi), fără de care prematurul nu ar putea supraviețui. De regulă, după cele 12 ore de repaus digestiv total începe administrarea pe gură de soluție de glucoză 5% sau chiar ceai zaharat 5%. Administrarea lichidelor se face în funcție de posibilitățile de alimentare ale copilului : dacă nu poate înghiți (fapt întîlnit la prematurii cu greutatea sub 1 500—1 800 g), alimentarea se face prin gavaj, adică se introduce o sondă fină de polivinil pe o nară și se coboară pînă cînd ajunge în stomac. Sonda este lăsată pe loc, schimbîndu-se numai o dată în 24 de ore, cînd se introduce pe cealaltă nară. Lichidele încălzite la temperatura corpului se introduc cu seringa pe sondă, după care este astupată cu un căpăcel. Dacă prematurul poate în-

ghiți, dar nu are putere să sugă, lichidele se administrează cu pipeta sau cu linguriță, iar dacă este mai voinic (2 000–2 500 g) și nu prezintă semne de suferință, poate fi alimentat cu biberonul sau chiar pus la sîn.

După trecerea primelor 24 de ore, începe alimentația lactată, care are drept principiu de bază introducerea și creșterea progresivă a cantităților de lapte, de la o zi la alta, pînă se realizează adaptarea digestivă (la împlinirea vîrstei de 14–21 de zile). În ordinea toleranței, pe primul loc se situează laptele matern, care va fi administrat după unul din procedeele menționate mai sus, de la caz la caz. Administrarea se face la intervale de 2–3 ore, totalizîndu-se 7–10 mese pe zi, în funcție de greutatea copilului. Cantitatea sa crește de la o zi la alta, putîndu-se utiliza diferite formule de calcul. În absența laptelui matern, se pot folosi preparate umanizate tip Humana 0 în concentrație de 14 g pudră de lapte la 90 ml apă fiartă și răcită, Similac 13,5% sau Robolact 15%. În absența acestora se pot folosi și preparate de lapte semiecremat fie acidulate (Eledon 10%, Prodieton 10 și apoi 17,5%), fie neacidulate (Lacto 10%). Utilizarea laptelui de femeie sau a preparatelor umanizate necesită – dată fiind concentrația scăzută în proteine a acestora – o suplimentare cu substanțe proteice. În consecință, după trecerea perioadei de adaptare de 2–3 săptămîni, se adaugă Eledon sau Lacto într-o proporție bine determinată față de laptele matern : 2/3 din rație lapte de femeie și 1/3 din rație preparatul bogat în proteine (Eledon).

În legătură cu alimentația mai trebuie precizat că este obligatorie sterilizarea riguroasă a biberoanelor, linguriților și tetinelor, prin fierbere.

Trebuie să precizăm că, deseori buna dezvoltare, ba chiar viața prematurului – care are un organism atît de fragil – depind de aceste măsuri, care ne sînt la îndemînă, dar care trebuie aplicate cu atenție și perseverență.

Dr. VLADIMIR MIHĂILESCU
Clinica de pediatrie, Spitalul „Fundeni"

Efectele dăunătoare ale alcoolului și tutunului asupra fătului

Efectele dăunătoare ale consumului cronic de alcool și de tutun au fost constatate din timpuri foarte îndepărtate. Atît alcoolul, cît și tutunul, acționează în sens negativ asupra organismului uman, prin modalități diferite, la toate vîrstele.

Alcoolismul cronic, întîlnit destul de frecvent în viața cotidiană, este responsabil de degradarea personalității alcoolicilor, de actele antisociale pe care aceștia le comit și de diverse boli organice, cu implicații serioase asupra stării de sănătate.

În cele ce urmează, ne vom adresa unei categorii anume din masa consumatorilor cronici de alcool și de tutun, și anume viitoarelor mame, din dorința de a face cunoscute efectele dăunătoare ale acestor vicii asupra descendenților.

Copilul poate deveni o victimă pasivă a acestui viciu, dacă gravida — viitoare mamă — abuzează sau uzează în mod sistematic de alcool și tutun. Atît alcoolul, cît și nicotina, trec în mod continuu din sîngele mamei în cel al fătului, pînă în momentul nașterii, cînd, prin ligatura cor-

donului ombilical, se separă complet circulația mamei de cea a copilului.

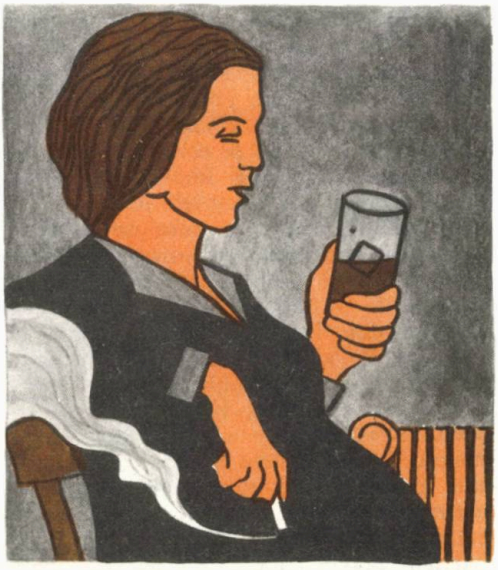
Din nefericire, pentru noul venit pe lume, injuriile asupra sa nu încetează odată cu nașterea, deoarece, prin laptele pe care-l suge de la mama sa în primul an de viață, continuă să primească atît alcool, cît și nicotină.

Dealtfel, numeroși cercetători din diferite zone geografice ale lumii atrăgeau atenția asupra efectelor nocive ale consumului cronic de alcool de către mamă asupra produsului de concepție, deoarece alcoolul consumat în timpul sarcinii poate leza dezvoltarea embrionului și a fătului. Astfel, copii născuți din mama consumatoare de alcool înainte, în timpul sarcinii și după naștere, prezintă încă din primele zile de viață extrauterină numeroase anomalii morfologice (structurale, de conformație) și funcționale. Dintre acestea, cel mai frecvent întîlnite sînt :

Anomalii de creștere și dezvoltare. De regulă, chiar de la naștere, copiii din această categorie au greutate și statură mică, iar după aceea, ritmul lor de creștere este mult mai redus decît al celorlalți copii. Paradoxal, constatări de dată mai recentă atrag atenția asupra unui fapt ciudat : unii copii alimentați la sîn de o mamă alcoolică inveterată cresc considerabil în greutate, devenind obezi, cu coapse și șolduri enorme, iar aspectul feței este rotund și mult edemațiat, semănînd cu o „lună plină". Sub influența cantităților mici, dar continui, de alcool primite de copil odată cu laptele matern, glandele sale suprarenale suferă o degradare funcțională, manifestată biologic printr-o secreție excesivă de hormoni suprarenalieni și care, în final, sînt răspunzători de acest aspect particular. De îndată ce mama încetează să mai consume alcool, aspectul copilului revine treptat la normal, în decurs de cîteva săptămîni.

Anomalii ale craniului și ale feței, rar unice, de obicei multiple și în cele mai variate asocieri. Aspectul acestor copii este disgrațios, putînd prezenta una sau mai multe din următoarele anomalii : craniu mic (microcefal), pleoape căzute, ochi strabici (sașii), „buză de iepure" (buză despicată), „gură de lup" (despicătura vălului palatin), urechi mici sau rău poziționate, maxilar inferior foarte mic etc.

Anomalii ale scheletului, manifestate fie sub forma unor malformații osoase (vertebrale, ale degetelor), fie sub forma unor rigidități articulare importante cu anchiloza coatelor, genunchilor sau gleznelor, făcînd imposibil mersul la vîrsta la care copilul ar trebui să înceapă să facă primii pași.



Întîrzierea dezvoltării psihice este aproape regulă, manifestîndu-se cu o intensitate variabilă, de la forme ușoare de deficit psihic și pînă la forme severe, însoțite uneori și de convulsii și întîrzieri în dezvoltarea motorie (stat în șezut, mers, alergat, manualitate etc.). Acești copii prezintă, din primul an de viață, tulburări de comportament, fiind agitați și impulsivi sau, din contră, apatici, izolați, egoiști. Cu timpul, deficitul psihointelectual se poate accentua, deoarece, în cele mai multe cazuri, copilul va crește într-o familie cu carențe educaționale.

Din cercetările efectuate s-a ajuns la concluzia că dezvoltarea intelectuală a copiilor proveniți din mame alcoolice nu depășește decît în mod cu totul excepțional 65% din capacitatea psihointelectuală a unui copil normal de vîrstă corespunzătoare.

Pe plan mondial, frecvența anomaliilor la copii născuți din mame alcoolice este relativ mare și constituie o problemă medico-socială importantă. Astfel, în Franța, procentul acestor copii este de un caz la aproximativ 400 de nașteri ; în S.U.A., procentul descendenților afectați ajunge pînă la 70 din numărul de nașteri al mamelor consumatoare de alcool, iar în R.F. Germa-

nia, după date recente, se nasc anual între 5 000—6 000 de astfel de copii tarați. Chiar dacă nu în toate țările situația este asemănătoare, alcoolismul constituie o racilă cvasiuniversală, așa încît sînt puține țările și popoarele care nu se confruntă cu problema alcoolismului și, implicit, cu alcoolismul matern și consecințele lui.

În ultimul timp, literatura de specialitate relatează despre o oarecare dependență a fătului și a nou-născutului (copilul în primele 30 de zile de la naștere) de alcoolul din circulația comună fetală și maternă. Se vorbește chiar de o „reacție de retragere a alcoolului", ca de o scoatere a nou-născutului de sub influența alcoolului matern, acesta prezentînd în primele ore după naștere o stare de iritabilitate excesivă, tremurături ale membrelor, convulsii, apnee (copilul uită să respire) și tulburări digestive (refuzul alimentației, balonare abdominală, diaree severă). Toate aceste tulburări s-ar datora suprimării aportului de alcool adus de mamă copilului, fie prin circulație, fie prin lactație, ca o dependență, o „toxicomanie precoce involuntară" sau, poate, ca o manifestare de „abstinență la alcool".

Efectele nocive ale alcoolismului matern asupra copilului sînt greu de tratat ; de îndată ce ele au fost diagnosticate, necesită măsuri terapeutice medicale și chirurgicale laborioase și nu totdeauna cu maximă eficiență.

Prevenirea apariției unor astfel de cazuri constituie însă cheia succesului reducerii incidenței acestor boli, prin împiedicarea acestui viciu, acțiune care antrenează, în combaterea sa, factori complecși medicali, sociali, juridici. Se va încerca prin toate mijloacele să se combată alcoolismul cronic feminin, existent în special în anumite pături sociale, convingînd opinia publică asupra riscurilor pe care le prezintă alcoolismul matern asupra descendenților.

În condițiile specifice țării noastre, unde se acordă o grijă deosebită față de om, problema alcoolismului cronic matern se situează pe un plan minor, numărul cazurilor nefiind de proporțiile amintite. Totuși, conștiința profesională ne obligă să atragem atenția viitoarelor mame asupra riscului prezentat de alcool în dezvoltarea viitoarei generații de copii. Dar dacă alcoolismul matern nu este la noi atît de frecvent ca în alte țări, în schimb fumatul a început să ridice probleme în rîndul populației de sex feminin și cu precădere la tinerele femei, aflate în perioada optimă de fertilitate.

Și dacă fumatul — după cum este cunoscut de întreaga lume din campania dusă de Organizația Mondială a Sănătății — este dăunător în general organismului uman, la femei în perioada de sarcină el devine un factor de risc în plus.

Influența nefavorabilă a nicotinei — substanță toxică rezultată din arderea tutunului — se manifestă, atunci cînd mama este fumătoare, atît asupra fătului, prin circulația sanguină care trece de la mamă la făt, cît și asupra sugarului, prin laptele matern. Asistăm la o situație asemănătoare în cazul mamelor nefumătoare, dar care prin natura ocupației lor profesionale sînt obligate să inspire un aer viciat, în încăperi în care se fumează în mod abuziv și sistematic.

Cercetări recente în acest domeniu au reușit să stabilească riscul general pe care-l prezintă nicotina asupra mamei și copilului, în toate etapele sale de dezvoltare :

— fumatul matern influențează direct greutatea la naștere a descendenților : copiii acestor mame cîntăresc în medie cu 200 g mai puțin decît copiii mamelor nefumătoare ;

— nașterea prematură este mai frecventă la gravidele fumătoare decît la cele nefumătoare ;

— nicotina deprimă centrul respirator al copilului, explicîndu-se astfel de ce primele respirații la copiii născuți din mame fu-

mătoare sînt întîrziate și de amplitudine redusă ;

— malformațiile sînt mult mai frecvente și mai severe la descendenții mamelor fumătoare decît la ceilalți copii. Nu se cunoaște cu exactitate modul în care nicotina acționează asupra produsului de concepție pentru a produce efectele negative susmenționate, dar aceste fapte de observație sînt suficiente pentru a atrage atenția gravidelor asupra necesității abandonării fumatului, dacă nu este posibil definitiv, măcar în perioada sarcinii ;

— în primii ani de viață, copiii părinților fumători, care obișnuiesc să fumeze în camerele copiilor, prezintă o sensibilitate deosebită la infecții ale căilor respiratorii (rinofaringite, traheite, bronșite), datorate efectului iritativ al nicotinei asupra mucoasei aparatului respirator ;

— procentul copiilor care vor deveni fumători este mai ridicat în familiile în care părinții fumează, acești copii devenind victime atît ale propriilor slăbiciuni, cît și ale celorlalți, trăind în aceleași încăperi în care se fumează. Acest lucru explică în mare măsură riscul crescut pentru boli respiratorii infecțioase, cancer pulmonar sau boli miocardice, la care sînt supuși fumătorii.

Dar efectul nefavorabil exercitat asupra organismului uman și îndeosebi asupra copilului crește cînd ambele vicii se asociază, ceea ce, dealtfel, se întîmplă adesea.

Și dacă uneori sîntem neatenți față de propria noastră sănătate, avem totuși datoria și sîntem răspunzători de sănătatea celor cărora le dăm viață, deoarece de ei depinde viitorul societății noastre, pe care o dorim tot mai prosperă.

DR. OCTAVIAN POPESCU
medic primar
Spitalul de copii „Caraiman"

Bolile GANGLIONILOR LIMFATICI la copil

Ganglionii limfatici sînt niște formațiuni de mărime variabilă, de la dimensiunea unui bob de mei și pînă la dimensiunea unui bob de mazăre, așezați în grupe pe traiectul vaselor limfatice, care alcătuiesc o rețea răspîndită în tot organismul. Principalele grupe ganglionare sînt în parte decelabile la examenul medical, și anume : grupele submaxilare, laterocervicale, axilare și inghinale. Există însă și grupe de ganglioni care sînt situate profund și deci nu pot fi decelate decît în anumite boli : ganglionii mediastinali (situați lîngă trahee și bronhiile mari) și ganglionii mezenterici (situați în abdomen).

În mod normal, în primele luni ale vieții nu se simte și nu se vede nici un ganglion. De la vîrsta de 3—4 luni, unii ganglioni periferici din grupele amintite (submaxilari și laterocervicali) încep să se simtă ca niște boabe de linte, care rulează sub piele dacă sînt mobilizați cu degetele. În scurt timp, devin palpabili și ganglionii grupelor axilare și inghinale. La copilul mare, datorită faptului că a avut cînd să contracteze infecții ale gîtului, dentare, ale pielii etc., ganglionii acestor grupe sînt mai mari, ajungînd pînă la mărimea unui bob de mazăre sau chiar mai mari.

Funcția ganglionilor limfatici ne explică participarea lor în diferitele boli. Ei intervin în apărarea contra infecțiilor, producînd limfocitele (globule albe cu rol în

apărare) și reprezintă adevărate stații de oprire a proceselor infecțioase locale sau generale, care altminteri ar înainta. În unele infecții cu caracter general se produce hipertrofia (creșterea în volum) a tuturor ganglionilor limfatici, dovadă a participării lor active la lupta dusă de organism.

În afară de grupele ganglionare palpabile în mod obișnuit, imediat sub bărbie devine decelabil ganglionul submentonier, care apare în caz de infecții ale pielii din jurul bărbiei, în tuberculoză, în leucemii și în alte boli ale sistemului limfatic. Ganglionii preauriculari (înaintea urechii) și retroauriculari (îndărătul urechii) devin palpabili în caz de infecții ale urechii medii (otita medie supurată), ale pavilionului urechii și ale pielii din vecinătate sau ale pielii păroase a capului. Ganglionii suboccipitali (în regiunea cefei) sînt evidenți în rubeolă, cei supraclaviculari se simt în unele boli maligne ale sistemului limfatic și în leucemii, iar ganglionii lateromamari (laterotoracici), în inflamațiile glandelor mamare.

Infecțiile localizate prind de regulă ganglionii tributari regiunii infectate (adenopatie satelită). Amigdalita acută duce la hipertrofie (mărirea de volum) a ganglionilor submaxilari, iar dacă boala se repetă, acești ganglioni rămîn permanent măriți (adenopatie submaxilară cronică). O infecție masivă cantonată într-un ganglion duce la mărirea lui, cu producerea unei colecții purulente în interior (adenoflegmon). În acest caz, ganglionul mult mărit devine foarte dureros, pielea de deasupra este roșie și fierbinte, iar la palpare se simte fluctuența dată de puroi. Acesta este adenoflegmonul laterocervical, întîlnit în infecțiile importante ale gîtului, în scarlatină, ca o complicație (astăzi excepțional întîlnit, datorită efectului terapeutic al penicilinei). Orice adenoflegmon impune intervenție chirurgicală.

Tuberculoza ganglionară are ca sediu de predilecție ganglionii laterocervicali de o singură parte. Evoluează cronic, cu formarea unui canal de scurgere către exterior, pe unde drenează puroiul, în care se poate găsi bacilul Koch. Astăzi, datorită luptei antituberculoase atît de eficiente prin măsurile profilactice de depistare în masă și prin utilizarea unei variate medicații tuberculostatice, tuberculoza ganglionară laterocervicală este de o extremă raritate.

Infecțiile dentare — în special dacă se repetă sau sînt persistente — dau prinderea ganglionilor submaxilari. De asemenea, stomatitele duc la o mărire moderată a ganglionilor submaxilari, foarte dureroasă. Infecțiile cutanate determină și ele mărirea ganglionilor din vecinătate.

Există hipertrofia unui ganglion izolat sau a unui grup de ganglioni și în alte boli. Astfel, unele micoze, cum ar fi actinomicoza, histoplasmoza etc., se pot cantona în ganglioni, dînd, spre exemplu, o adenopatie laterocervicală cu tendință la formare de fistule, pe unde se scurge puroiul în care, la examenul microscopic, poate fi identificată ciuperca.

Deosebit de importante sînt însă bolile care dau mărirea ganglionilor din mai multe grupe sau chiar ai tuturor grupelor (adenopatie generalizată). Concomitent cu prinderea ganglionilor periferici, decelabili la examenul clinic, în asemenea situații sînt prinși și ganglionii profunzi (mediastinali, mezenterici). O boală infecțioasă în care există asemenea tablou este mononucleoza infecțioasă, în care, în afara adenopatiei generalizate, există inflamația amigdalelor și a faringelui, mărirea splinei și modificări ale leucocitelor din sînge. Boala are o evoluție de cîteva săptămîni, după care se vindecă.

O serie de boli maligne prezintă, alături de alte simptome, și adenopatie generalizată. În leucemii, această adenopatie este extrem de frecventă, dar ea se asociază cu alte semne, iar diagnosticul de certitudine îl poate pune numai un examen hematologic complet, în care se efectuează hemograma și mielograma. Tumorile sistemului limfatic — limfoamele — care cuprind lim-

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

fomul tip Hodgkin, limfosarcomul și reticulosarcomul, se caracterizează prin măriri importante de volum ale ganglionilor, ajungînd uneori cît o portocală ; poate fi prinsă o singură grupă de ganglioni sau mai multe. În această situație se asociază și alte semne, biopsia (prelevarea de fragment de țesut cu studierea lui la microscop) fiind singura în măsură să certifice diagnosticul.

Este de notat faptul că, uneori, există numai prinderea ganglionilor profunzi, care nu pot fi decelați la examenul medical. În cazul ganglionilor mediastinali măriți, radiografia de torace este singura care poate certifica existența acestora, dimensiunile și situația topografică.

În concluzie, subliniem faptul că în foarte multe situații mărirea ganglionilor limfatici constituie un răsunet al existenței unor afecțiuni banale, repetate sau nu, dar, în același timp, poate fi revelatoare de boli grave, care necesită neîntîrziat tratament de specialitate. Este rolul medicului și al investigațiilor de laborator să stabilească.

DR. **VLADIMIR MIHĂILESCU**
Clinica de pediatrie, Spitalul „Fundeni"

CUNOAȘTEM TOTUL DESPRE creșterea în înălțime?

DR. **EMIL POPESCU**

Unul dintre parametri definitori ai dezvoltării somatice, ai tipului constituțional, îl constituie înălțimea. Dealtfel, cu determinarea înălțimii și greutății începe evaluarea aspectului somatic al unei persoane, ca și examenul clinic general al unui bolnav.

O privire asupra evoluției acestui parametru somatic evidențiază faptul că în ultimii 100—150 de ani, înălțimea a crescut în medie cu 10—15 cm pentru fiecare grupă de vîrstă și pentru fiecare etapă fiziologică pe care o parcurge organismul. Acest proces de accelerație este complex, el interesînd nu numai dezvoltarea staturală, ci și dezvoltarea ponderală și cea psihică.

Cu toate că nu există studii sistematice efectuate în această problemă în ultima sută de ani, totuși, în majoritatea țărilor, indiferent de situația lor geografică, se menționează creșteri staturale cu 0,5 cm la naștere, cu 5 cm la vîrsta de 2 ani, cu 7—10 cm la 6 ani și cu 11—12 cm la vîrsta școlară. Creșterile cele mai spectaculoase în înălțime se constată însă în perioada pubertară. Instalarea perioadei prepubertare și pubertare se face mai devreme cu aproximativ 2 ani, iar încheierea procesului de creștere are loc mai devreme cu 4—4½ ani decît cu 100 de ani în urmă, astfel încît la vîrsta de 21 de ani înălțimea este definitivă.

Această accelerație a procesului de creștere în înălțime face ca în etapa social-istorică pe care o parcurgem, copiii să fie mai înalți decît părinții lor. Acest proces biomedical interesează ambele sexe, precum și ambele tipuri staturale (mic și mare). Este interesant de semnalat faptul că la persoanele cu statură mică, procesul de creștere este mai accentuat decît la cele cu statură mare.

32576

Analiza modului de creştere a organismului uman în înălţime a permis să se tragă concluzia că aceasta se face neuniform, exploziv în anumite perioade, şi lent, abia perceptibilă, în alte perioade.

Cea mai rapidă creştere se constată în primul an de viaţă, cînd organismul copilului creşte în medie cu 18 cm, după care ritmul scade la 9 cm în al doilea an şi la 8 cm în cel de-al treilea an de viaţă. Urmează o încetinire progresivă a ritmului de creştere în înălţime pînă la vîrsta de 6 ani, cînd se ajunge la 6 cm/an şi se menţine la aceste valori pînă la pubertate, cînd se constată o scădere chiar sub aceste valori.

La vîrsta de 4 ani, cînd începe instrucţia preşcolară, copiii depăşesc înălţimea de 100 cm, iar la 6 ani, cînd începe învăţămîntul şcolar, înălţimea medie a copiilor este de 115 cm, valori somatice care definesc copilul ca apt pentru începerea procesului instructiv.

Dealtfel, aceşti parametri somatici, alături de cei care definesc gradul de dezvoltare a funcţiilor psihice, au constituit argumente de primă importanţă pentru introducerea în legislaţia multor ţări a instituirii învăţămîntului preşcolar la vîrsta de 4 ani şi obligativitatea începerii învăţămîntului elementar la 6 ani. Rezultatele de pînă acum au confirmat aşteptările, copiii dovedind o bună capacitate de adaptare la noul ritm de activitate.

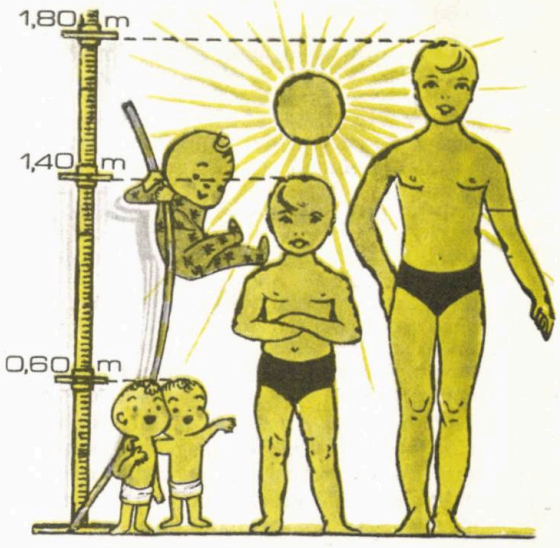
La pubertate are loc o nouă accelerare a creşterii, dar inferioară celei din primul an de viaţă, de aproximativ 9,5 cm/an pentru băieţi şi 8,5 cm/an pentru fete, perioadă care durează în medie 2 ani şi jumătate. În perioada postpubertară, a adolescenţei, urmează o diminuare marcată a ritmului creşterii staturale, însă procesul de creştere se opreşte abia atunci cînd se închid cartilajele de conjugare. Oprirea creşterii organismului în înălţime se face, în general, la vîrsta de 18 ani la băieţi şi $16^1/_2$ ani la fete, cu variaţii de 6—12 luni în plus sau în minus. Închiderea cartilajelor de creştere se realizează într-o anumită ordine: prima care iniţiază acest proces este epifiza distală a humerusului, iar ultimele — cele cu care se încheie creşterea — sînt epifizele distale ale radiusului şi ulnei. Instalată cel mai devreme la 18 ani şi cel mai tîrziu la 23 de ani, încetarea procesului de creştere a oaselor lungi nu înseamnă încetarea creşterii în înălţime a organismului, deoarece după 18 ani şi pînă la 29 de ani se mai constată creşterea înălţimii cu încă 0,5 cm, pe seama creşterii în lungime a coloanei vertebrale.

Probleme deosebite în cadrul procesului de creştere pune pubertatea, condiţie fiziologică în care, pe lîngă creşterea în înălţime, se produc importante modificări hormonale, cu consecinţe somatice dintre cele mai importante.

Instalarea pubertăţii se face la fete mai precoce cu 2 ani decît la băieţi. Debutul pubertăţii este marcat la fete prin apariţia ciclului menstrual, iar la băieţi de prima ejaculare cu spermatozoizi. Apariţia acestor noi stări calitative se face, în general, cu aproximativ un an mai devreme la tinerii din mediul urban, în raport cu cei care trăiesc în mediul rural, indiferent de sex. Vîrsta medie la care se instalează pubertatea la fete este — în condiţiile geografice, social-economice şi climatice ale ţării noastre — de $13^1/_2$ ani (cu variaţii între 11 şi 14 ani) pentru mediul urban şi $14^1/_2$ ani (cu limite între 13 şi 15 ani) pentru mediul rural. La băieţi, pubertatea debutează cu o întîrziere de 2 ani faţă de fete, adică la $15^1/_2$ ani la cei din mediul urban şi la $16^1/_2$ ani la cei care trăiesc în mediul rural.

Procesul pubertar durează 4—5 ani, perioadă în care se realizează modelarea proporţiilor corporale, maturarea sexuală şi neuropsihică. În această perioadă se stabileşte comportamentul sexual pe baza unei componente înnăscute şi a celei cîştigate prin experienţă personală, educaţie, obiceiuri, factori de mediu.

Fenomenul de acceleraţie este constatat şi la instalarea pubertăţii. Dintre conse-



cinţele medico-sociale ale acceleraţiei pubertăţii, cu alte cuvinte ale maturizării sexuale precoce, cele mai importante s-au dovedit următoarele :

— Începerea mai devreme a relaţiilor sexuale. Studiile efectuate în acest sens au condus la rezultate care, cu tot coeficientul de eroare avînd în vedere sinceritatea declaraţiilor, evidenţiază faptul că după 14 ani, 20% din fetele luate în studiu avuseseră primul contact sexual, iar după împlinirea vîrstei de 17 ani, mai mult de jumătate dintre ele începuseră activitatea sexuală.

— Creşterea numărului de căsătorii şi de naşteri la persoanele din grupa de vîrstă pînă la 18 ani. Plecînd de la aceste realităţi medico-sociale, legislaţia multor state permite căsătoria fetelor de la vîrsta de 12—14 ani, iar a băieţilor de la 14—16 ani.

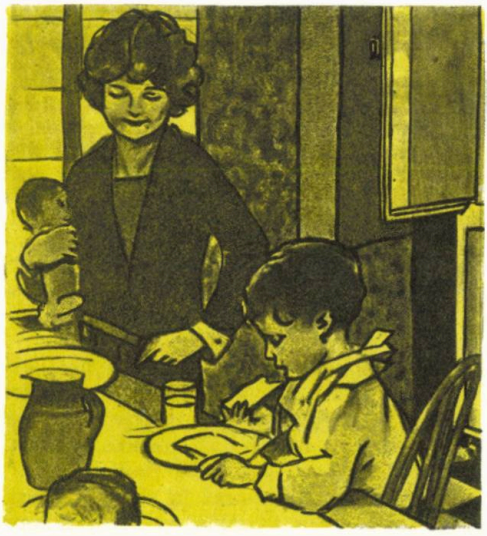
— Întîrzierea instalării climacteriului şi a andropauzei. Instalarea precoce a pubertăţii şi mai tardivă a menopauzei şi andropauzei conduce la prelungirea duratei vieţii sexuale, a capacităţii de fertilizare. Cum perioada de activitate sexuală reprezintă o componentă a vieţii active a individului, această modificare biologică poate avea o semnificaţie pozitivă pentru omenire, contribuind la prelungirea duratei active a vieţii individului.

— Pe plan demografic, modificările medico-biologice caracteristice procesului de accelerare pot avea consecinţe importante, atît în ceea ce priveşte creşterea potenţialului procreativ, cît şi a duratei vieţii active şi a celei cronologice a indivizilor.

Dar paralel cu creşterea în înălţime, se constată modificări semnificative şi ale dezvoltării psihice a populaţiei. Astfel, perioada în care se produc modificările trăsăturilor personalităţii este estimată în prezent la 1—2 ani mai precoce decît în urmă cu jumătate de secol.

Merită, de asemenea, reţinută şi observaţia că erupţia dinţilor definitivi se face cu 1—2 ani mai devreme decît în trecut. La adolescenţi şi adulţi se constată creşterea capacităţii de abstractizare, caracteristică ce corespunde pe deplin necesităţilor societăţii moderne, care reclamă din partea membrilor ei un grad tot mai înalt de abstractizare.

Modificările somatice cerebrale craniene, care corespund dezvoltării psihice din cursul procesului de accelerare, sînt reprezentate de brahicefalizare (mărirea diametrului transvers al craniului) şi de mărirea circumferinţei craniene. Sensul pozitiv al



acestei funcţii corticale este corelat cu tehnicizarea tot mai accentuată a societăţii moderne contemporane, cu matematizarea şi cibernetizarea sa.

În procesul de creştere proporţională, armonică a organismului, rolul principal revine secreţiei hormonale, aproape toate glandele cu secreţie internă participînd la creşterea organismului.

Dar, în ceea ce priveşte mecanismul care stă la baza procesului de acceleraţie staturală şi a dezvoltării psihice au fost emise mai multe puncte de vedere, însă nici unul nu este suficient de convingător.

Factorii de mediu social au fost implicaţi ca avînd rolul principal în procesul de acceleraţie. Astfel, s-a observat o scădere semnificativă a ritmului de creştere şi de dezvoltare a copiilor şi a adolescenţilor şi chiar regresiuni în perioadele de recesiune, de crize economice, de privaţiuni, în timpul conflagraţiilor militare. Într-adevăr, s-au constatat scăderi ale înălţimii copiilor născuţi şi crescuţi în aceste perioade faţă de cei care s-au născut şi s-au dezvoltat în condiţii normale social-economice.

Factorul alimentar — şi anume creşterea cantităţii de proteine din alimentaţia copiilor şi adolescenţilor — a fost incriminat ca responsabil în procesul de acceleraţie. Este o observaţie care merită reţinută, deoarece regimul alimentar echilibrat din punct de vedere proteic asigură buna funcţionare a glandelor cu secreţie internă, care guvernează creşterea organismului (hipofiza, corticosuprarenalele, tiroida, timusul). Dar factorul alimentar constituie numai o componentă a condiţiilor econo-

mico-sociale, el singur neputînd explica mecanismul intim al acestui complex proces de accelerație.

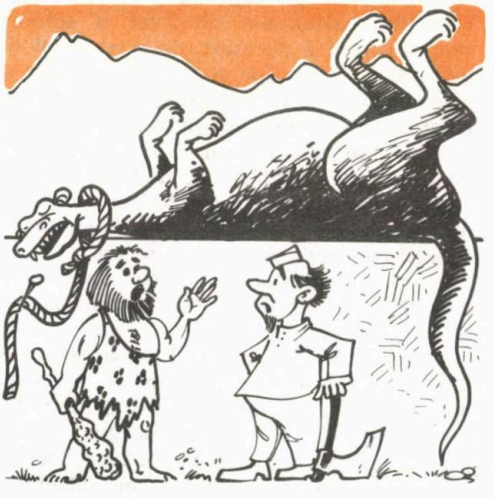
Urbanizarea a fost și ea implicată în modificarea ritmului de creștere și dezvoltare, plecînd de la constatarea că pubertatea se instalează mai precoce cu 1—2 ani la persoanele din mediul urban față de cele care locuiesc în mediul rural. Datorită unei alimentații raționale și a condițiilor de civilizație pe care le oferă viața citadină se asigură posibilitatea creșterii și dezvoltării organismului copiilor și tinerilor, dar și acestea tot în cadrul condițiilor economico-sociale de ordin general.

A fost emisă ipoteza conform căreia expunerea prelungită a locuitorilor orașelor la *acțiunea razelor ultraviolete* emanate de iluminatul electric ar contribui la stimularea creșterii staturale. Dacă acest argument poate fi invocat în cazul iradierii experimentale a animalelor și vegetalelor, în schimb, la oameni, nu poate explica rămînerea în urmă a creșterii copiilor din mediul rural, care, din punctul de vedere al iradierii cu raze ultraviolete, se situează cu mult deasupra celor din mediul urban.

Modificările temperaturii pămîntului, creșterea cantității de lumină, factorii climatici au fost incriminați în explicarea procesului de accelerație, plecînd de la constatări cvasiexperimentale : creșterea animalelor și plantelor la lumină, în comparație cu cele ținute la întuneric, precum și întîrzierea în creștere a copiilor lipsiți de vedere, în raport cu cei normali.

Este foarte probabil ca toți acești factori implicați în stimularea ritmului de creștere să aibă o anumită cotă de participare, însă acțiunea lor izolată este insuficientă pentru a explica procesul de accelerație. Ansamblul de factori : alimentari, climatici, fizici, citadini realizează modificări importante social-economice, care sînt responsabile, în ultima analiză, de creșterea staturală în condițiile societății contemporane.

Evaluînd consecințele generale pozitive ale accelerației creșterii și dezvoltării, proces caracteristic secolului nostru, determinat multifactorial, se poate afirma că aceasta favorizează o pregătire mai bună sub raport psihosomatic a indivizilor pentru viața care devine tot mai complexă, crescînd capacitatea de fertilizare și durata vieții active sociobiologice.



– De ce vrei să-i amputezi un picior ? N-are nimic !
– Da, dar n-am vînat nimic de cinci zile !...

CRIZA ADOLESCENȚEI

fenomen normal sau patologic?

Adolescența, vîrsta la care se clădesc năzuințele și se conturează orientările fundamentale ale personalității în devenire, ridică probleme atît pentru părinți, cît și pentru educatori. Adolescența nu constituie o perioadă clar demarcată în cursul vieții, debutul și încheierea ei au limite variate, de la 12 la aproximativ 18–20 de ani. Adolescența este ultima și cea mai complexă dintre marile etape

ale dezvoltării. În cadrul ei, un aspect deosebit îl constituie pubertatea, care este marcată de anumite modificări biologice : instalarea funcției reproducătoare, a primelor menstre la fete și a primelor ejaculări spontane la băieți, intensificarea ritmului de creștere – tumultuoasă și nearmonioasă – cu apariția caracterelor sexuale secundare (pilozitatea pubiană, dezvoltarea organelor genitale, schimbarea vocii etc.).

Adolescența, ca perioadă de tranziție, de ieșire din universul familial de tip tutelar și de intrare în viața socială, care face din copil un adult, se caracterizează printr-o serie de fenomene cu caracter acut. Acestea pot avea aspectul unei adevărate crize, numită „criză juvenilă" sau „criză a vîrstei ingrate".

Copilul, crescut și supravegheat cu grijă de-a lungul anilor, copilul care se juca pînă mai ieri cu păpușa sau cu mașinuța, devine dintr-o dată un adolescent agitat, frămîntat de probleme noi, înstrăinat de familie, închis în sine. Uimiți și speriați, părinții procedează adesea greșit, fie refuzînd să-l înțeleagă, fie sporindu-și atenția și dovezile de afecțiune. Cum nici una din aceste reacții nu este recomandabilă, părinții trebuie să știe că adolescența este marcată în mod normal de fenomene acute, critice. Dacă pentru unii adolescenți această criză este puțin intensă, pentru alții, din contra, ea reprezintă o perioadă marcată de multiple și năvalnice transformări, o perioadă de intensă solicitare și epuizabilitate nervoasă, care pune adesea problema relației cu patologicul. Aproximativ 90% din așa-numitele probleme ale adolescenței aparțin acestei crize, ca fiind reacții normale ale puberului în trecerea sa către vîrsta adultă. Criza este comună ambelor sexe, vîrsta medie a debutului situîndu-se între 12–14 ani la fete și 14–16 ani la băieți. Absența acestei crize trebuie să ne dea de gîndit, deoarece adolescentul care traversează această perioadă fără nici o dificultate rămîne un imatur psihic.

Dacă din punct de vedere fiziologic, evoluția adolescentului este oarecum precisă și mai bine cunoscută, din punct de vedere psihologic este mai nesigur conturată. Noile transformări care au loc atît pe plan biologic, cît și psihosocial, antrenează o discordanță între imaginea de sine, adecvată și echilibrată pînă atunci, și realitatea pe care o dezvăluie perioada adolescentină. Acest fapt conduce la comportamente inadecvate. Astfel, adolescentul, nemulțumit de înfățișarea sa, își poate considera existența lipsită de sens, de unde și ideea eventualei sale suprimări ; de aceea, nu rară este și dorința de suicid în această perioadă. Pe plan psihologic, pe lîngă importantele fenomene de maturizare intelectuală, criza adolescenței cunoaște mai multe etape. Debutul este semnalat de obicei de o înclinație exagerată spre revoltă, spre contestație și se exprimă prin refuzul de a se supune, refuz ostentativ, însoțit de o atitudine zeflemistă. Toate părerile și ideile adulților par ridicole tînărului în plină criză juvenilă. Atitudinea de frondă se explică prin dispariția încrederii pe care tînărul o acordase pînă atunci adultului, descoperindu-l ca pe un om obișnuit, cu calitățile și defectele inerente. Este perioada cînd are loc o adevărată criză a modelului parental. Așa se explică faptul că atitudinea protestatară a adolescentului se îndreaptă în special asupra familiei, unde descoperă o serie de contradicții între comportamentul acestora și ideile pe care le promovează, unde nu găsește înțelegerea și acordul de care are nevoie pentru a se manifesta conform propriei sale dorințe. Neînțelegerile dintre părinți și adolescenți se adîncesc atunci cînd, vrînd să treacă cu bine peste această perioadă critică, părinții își exercită tutela, folosind tonul de comandă sau atunci cînd părerile tatălui și ale mamei se ciocnesc, creînd o atmosferă apăsătoare. În acest caz, revolta se materializează în fuga de acasă, care apare ca o dovadă a conflictului dintre generații. Scara valorilor este răsturnată ; ceea ce adulților li se pare greșit, pentru adolescenți este îndubitabil. Și astfel, dialogul între generații ajunge să semene mai degrabă cu un conflict, cu o stare tensională.

Criza adolescenței se mai evidențiază și prin așa-numita perioadă a extravaganțelor și a actelor de nesupunere, deoarece, ajuns la o nouă treaptă a conștiinței de sine, puberul pretinde să devină independent, să se autoconducă. Apare dorința de a se remarca prin fantezii vestimentare, uneori de-a dreptul grotești, prin strigăte și risete puternice, prin folosirea argoului și a unor gesticulații debordante. Ca urmare, comportamentul emoțional domină pe cel rațional. Toate

aceste extravaganțe nu trebuie considerate ca fiind acte antisociale ; ele sînt mai degrabă o formă și o încercare de a cunoaște adevărul lucrurilor. Dar dorința de a fi remarcat poate să conducă uneori pe adolescentul influențabil și cu un simț critic insuficient dezvoltat, la manifestări mai grave : la consumul de băuturi alcoolice, la tulburări sexuale, acte delictuale, în special cînd grupul camarazilor de vîrstă îl influențează negativ. Atragem atenția că excentricitățile copiilor trebuie supravegheate atent și cu discreție, pentru a îndepărta adolescentul de mediul poluant. El trebuie canalizat spre grupul care îl poate antrena în acțiuni pozitive și îi poate oferi siguranța și înțelegerea de care are nevoie (asociații de elevi, asociații sportive, organizația de tineret).

Această etapă a excentricităților durează aproximativ 1–3 ani, cînd, spre 16–18 ani, se atenuează. Treptat, adolescentul începe să-și cunoască propria persoană transformată, să se cunoască pe sine. Pentru aceasta, tînărul se închide în el, își disecă sentimentele, reflectă la locul pe care îl ocupă în univers, pierzîndu-se uneori în reverii sterile. Uneori se poate vorbi chiar de o adevărată „criză meditativă", care este considerată ca indispensabilă încheierii normale a evoluției psihologice. Cei care nu trec prin această fază vor avea o viață afectivă săracă în emoții. După terminarea perioadei meditative, care poate fi considerată un veritabil examen de conștiință, urmează o perioadă de elan de viață, de dorință de valorificare a resurselor. Adolescenții se simt puternici, iar energia lor nu mai este canalizată spre modificările morfologice care însoțeau pubertatea. Această energie trebuie dirijată cu precauție de cei maturi, îndrumînd și nu impunîndu-ne voința.

Este necesar ca părinții și educatorii să știe că această criză juvenilă nu constituie o etapă folositoare în maturizarea individului decît dacă vom ști să-l cîștigăm prin modelul personal pe care i-l oferim, prin demnitate, corectitudine, competență și argumentări raționale. De asemenea, trebuie să știe că numai aspectele exagerate, ca inadaptarea la mediu, pot constitui adevărate stări patologice. Dintre acestea amintim detașarea de realitate, caracteristică debutului schizofreniei, inadaptarea sexuală cu diferitele ei perversiuni, delincvența, suicidul. În aceste cazuri se impune intervenția medicului, cu atît mai mult cu cît granița dintre starea de sănătate și de boală la această vîrstă este adesea imprecisă.

Deoarece problemele sexuale sînt cele mai frecvente probleme cu care se confruntă adolescentul, considerăm utile cîteva precizări. La început există o stare de seducție homosexuală, care rămîne uneori inconștientă și platonică ; o observăm mai frecvent la fete, care iubesc o colegă mai mare sau rămîn în admirația unei profesoare. Pe de altă parte, o satisfacere autoerotică, de exemplu masturbarea, este o practică cvasiobișnuită, ea fiind folosită de majoritatea băieților între 13 și 17 ani. Este necesar să precizăm că dacă actul nu se repetă des, nu atrage niciodată după sine complicații patologice. Mustrările și amenințările familiei pot deveni chiar periculoase, creînd un sentiment de vinovăție. Masturbația constituie un adevărat pericol numai dacă se transformă într-o deprindere irezistibilă.

Atragem atenția că pe tot parcursul crizei adolescenței, familia joacă un rol deosebit. Desigur, este greu să elaborăm o conduită care să ajute toate familiile, deoarece fiecare adolescent ridică probleme particulare și de aceea este necesară cunoașterea aprofundată a personalității fiecărui copil. Se recomandă părinților să îngrădească numai excesele periculoase și să aibă, în general, o atitudine plină de calm și înțelegere. Înainte de a-l moraliza pe copil, este bine să analizăm comportarea lui, făcînd apel la propria sa demnitate. Este de datoria celui mai înțelept, deci a adultului, să facă concesii. Adolescentul acceptă sfaturile adultului, cu condiția ca ele să fie convingătoare, spuse cu prietenie și de pe poziții de egalitate. Se cere ca atitudinea familiei să fie constantă, iar excesele,

fie în sensul restricțiilor, fie în sensul dragostei exagerate, pot agrava răzvrătirea adolescentului.

În cele expuse am menționat doar cîteva din numeroasele probleme cu care sînt confruntați adolescentul și familia sa, cu intenția de a-i sensibiliza pe cei care vin într-un fel sau altul în contact cu adolescentul și de a-i ajuta să discearnă în ceea ce privește importanța intervenției lor adecvate în criza adolescenței.

DR. **SANDA MĂGUREANU**

Clinica de neuropsihiatrie infantilă
I.M.F. București

CUM PREVENIM surmenajul la tineri

DR. **OCTAVIAN IENIȘTEA**
medic primar neurolog
Spitalul pentru studenți, București

Se știe că după efectuarea unei activități se instalează o stare de oboseală, expresie a energiei cheltuită de organism, care se recuperează prin alimentație, somn și odihnă activă. Oboseala își păstrează un caracter fiziologic atîta vreme cît există un echilibru între capacitatea de efort a individului și dimensiunile muncii prestate. Aceasta înseamnă că una din condițiile fundamentale de prevenire a surmenajului și, implicit, de păstrare a sănătății este reprezentată tocmai de respectarea proporționalității dintre solicitare și capacitatea de efort, indiferent dacă este vorba de o activitate preponderent fizică sau de una intelectuală.

Analizînd substratul capacității de efort, trebuie să ținem seama, în primul rînd, de fapul că fiecare individ se naște cu o zestre transmisă genetic, care constă din trăsăturile moștenite de la părinți și de la predecesorii lor, precum și din trăsăturile proprii, care fac din fiecare individ un unicat. Încă din momentul în care nounăscutul își anunță venirea sa pe lume, el este expus influenței mediului, care-i modelează și-i dezvoltă atît însușirile sale somatice, cît și pe cele psihice. Acestea din urmă sînt supuse acțiunii mediului familial și social, care-l „învață" și-i oferă „modelele" indispensabile pentru a putea deveni om. Climatul afectiv, dragostea cu care este înconjurat și îngrijit de părinți, deprinderile pe care căutăm să i le formăm, identificarea și cultivarea aptitudinilor sale, grefarea și dezvoltarea sentimentelor umane, a dragostei de muncă, a principiilor de etică proprii societății din care face parte, utilizînd o atitudine educativă corespunzătoare particularităților lui, sînt tot atîtea pietre de temelie ale viitoarei sale sănătăți somatice și mintale. Grădinița și școala completează efortul părinților, contribuind la formarea viitorului cetățean, înarmat cu însușirile și cunoștințele necesare adaptării la cerințele vieții în societate, știut fiind că adaptarea reprezintă substratul sănătății psihice și al bucuriei de a trăi. Or, în concordanță cu conceptul antropologic modern, care abordează omul în toată complexitatea sa biologică, psihologică, socială și spirituală, capacitatea de efort trebuie privită ca rezultanta interacțiunii dintre toate aceste aspecte.

Pe de altă parte, este demn de subliniat faptul că, indiferent de natura muncii efectuate, psihismul nostru este antrenat în acțiune în totalitatea sa, inclusiv componenta emoțională, care joacă un rol deosebit de important. Dar nu trebuie omis nici faptul că suportul material al întregii suprastructuri psihice este organismul uman.

Așadar, din cele menționate reiese că *pentru a aprecia capacitatea reală de efort a unui individ trebuie să ținem seama de toți factorii înnăscuți sau dobîndiți, somatici, psihici, sociali și spirituali, deoarece capacitatea de efort este rezultanta însumării acțiunii tuturor acestor factori, aflați într-o strînsă interdependență.*

Astfel, o stare de perfectă sănătate, cu un tonus muscular bun, întreținut prin practicarea sistematică a culturii fizice, printr-o alimentație rațională și ritmică, prin adoptarea unui regim de viață igienic va asigura nu numai o capacitate de efort fizic corespunzătoare, ci și încrederea în forțele proprii, o bună dispoziție, plăcerea de a munci și certitudine în reușita acțiunilor întreprinse. În schimb, îmbolnăvirea, oricare ar fi ea, va diminua rezistența la efort, atît prin epuizarea energetică pricinuită de lupta organismului cu boala, cît și prin alterarea dispoziției de a munci.

Echilibrul psihic, particularitățile înnăscute și dobîndite, gradul de maturizare a personalității, nivelul tensiunii emoționale a tînărului, corespondența dintre tipul său de inteligență, vocație și aptitudini și conținutul activității școlare și profesionale efectuate, stilul și metodele de muncă, antrenamentul, aspectul curbei de efort și performanțele sale anterioare la învățătură, volumul și calitatea cunoștințelor acumulate, nivelul său de aspirație etc. sînt factorii psihologici cei mai de seamă care intervin în determinismul capacității de efort.

În strînsă corelație cu factorii amintiți, climatul afectiv din familie și din colectivitatea în care-și desfășoară activitatea (clasa, grupa de studenți etc.), modelul intelectual și etic reprezentat de educatori, metodele de predare, atitudinea și comportamentul afectiv al cadrelor didactice față de tineri, înțelegerea și sprijinul acordat pentru depășirea dificultăților întîmpinate nu numai în îndeplinirea obligațiilor lor școlare, ci și în direcția definirii propriei personalități, în relațiile lor cu părinții, cu societatea și cu cei de-o seamă cu ei, modul în care le sînt recunoscute strădaniile și progresele realizate se reflectă nemijlocit asupra dragostei tînărului de a munci și de a se pregăti cît mai temeinic, de a-și valorifica toate resursele proprii în folosul societății și al său.

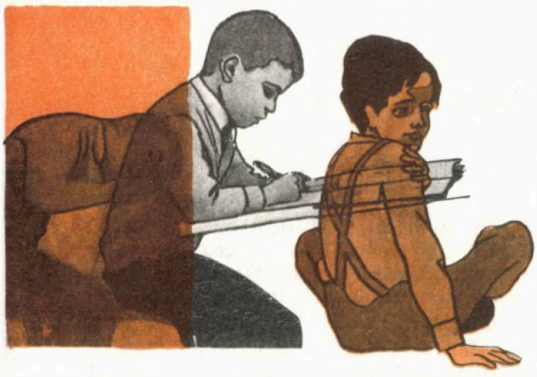
În sfîrșit, nivelul real al capacității de efort este supus și influenței exercitată de factorii spirituali, cum sînt: însușirea idealurilor umanității și ale societății din care fac parte, idealuri care alimentează dorința lor de cunoaștere și dragostea de frumos, de utilitate socială, ridicînd ștacheta aspirațiilor și dînd vieții un conținut și un sens superior.

Cît privește solicitarea căreia trebuie să i se facă față, aceasta nu poate fi apreciată exclusiv în sensul volumului sarcinii școlare raportat la timpul normat pentru realizarea ei. Gradul de dificultate al sarcinii trebuie evaluat în funcție de totalitatea solicitărilor cu care este confruntat tînărul, incluzîndu-se și cele extrașcolare, familiale și sociale, precum și cele impuse de satisfacerea numeroaselor trebuințe induse de procesul de maturizare a personalității în plină desfășurare. Neglijarea acestor solicitări paralele, care reclamă energie și timp deloc neglijabil, poate conduce la subestimarea dimensiunilor reale ale solicitării tînărului, ceea ce sporește riscul de eșec pe toate planurile (inclusiv pe cel școlar), subminează desfășurarea normală a procesului de definire a personalității și alterează sensul vieții.

Deși au fost enumerați numai unii dintre factorii care participă la dimensionarea capacității de efort și, respectiv, la gradul de dificultate al solicitării tînărului studios, se desprinde cu suficientă claritate complexitatea problemelor ridicate de păstrarea echilibrului dintre cei doi termeni ai ecuației, respectiv solicitarea și posibilitățile reale de adaptare. Ușurința cu care acest echilibru se poate deteriora reprezintă un factor de risc cu implicații multiple, dat fiind faptul că nu numai suprasolicitarea este nocivă, subsolicitarea creînd și ea condiții favorabile stagnării procesului de maturizare, prin insuficienta antrenare a capacității de adaptare a tînărului la exigențele vieții.

De fapt, surmenajul, suprasolicitarea, se manifestă ca o stare particulară de oboseală, ce poate fi considerată ca un semnal emis de organism că s-a ajuns la limita capacității sale de efort. Deși nu reprezintă o îmbolnăvire propriu-zisă, ci mai curînd un impas adaptativ, instalarea surmenajului reclamă o analiză atentă a cauzelor care i-au dat naștere și măsuri imediate de înlăturare a lor, deoarece prelungirea evoluției sale diminuă și mai mult eficiența muncii prestate, influențînd totodată negativ starea de sănătate a întregului organism.

Apariția surmenajului este anunțată de instalarea unei oboseli, resimțită fizic și psihic, aparent nejustificată, persistînd



chiar şi după un somn suficient, însoţită de dureri de cap şi de indispoziţie, cu scăderea iniţiativei, a puterii de concentrare a atenţiei şi a rezistenţei la efortul reclamat de studiul individual. Munca tînărului devine silnică, cele mai banale sarcini ce-i revin i se par imposibil de rezolvat, se plînge că uită, manifestă o scădere progresivă a încrederii în eficienţa străduniilor sale, se simte permanent ameninţat de criza de timp şi de riscul de eşec, este iritabil şi neliniştit, nu mai poate dormi etc. Alarmat de starea în care se află, tînărul va reacţiona anormal, „dezadaptat", fie mărind numărul orelor de studiu individual în dauna celor de somn, fie abandonînd orice încercare de redresare. Cum adesea simptomelor menţionate li se mai adaugă şi manifestările perturbării funcţionale a sistemului nervos vegetativ (palpitaţii, ameţeli, amorţeli, dureri migratoare, greţuri etc.), tînărul se consideră bolnav şi solicită consultaţia medicului.

Indiferent de forma sub care se manifestă surmenajul şi reacţia tînărului, lipsa de înţelegere a părinţilor sau a educatorilor faţă de dificultăţile cu care acesta este confruntat agravează în mod cert impasul şi favorizează apariţia unor eşecuri şcolare, care amplifică şi mai mult tulburările preexistente. Pe de altă parte, tendinţa unor părinţi de a apela la medicamente, fără avizul medicului, de a impune tînărului o supraalimentaţie sau suprimarea oricărei activităţi nu dă roadele aşteptate. Atitudinea cea mai indicată este aceea de a analiza atent toţi factorii care au contribuit la instalarea surmenajului, sarcină deloc uşoară pentru părinte şi de aceea se recomandă apelarea la sprijinul competent al cadrelor didactice. Dacă însă tînărul manifestă, pe lîngă simptomele amintite, şi spaima de a mai frecventa cursurile (fobia de şcoală) sau incapacitatea de a răspunde întrebărilor examinatorului, deşi materia a fost pregătită temeinic (inhibiţia la examen) sau dacă eşecurile şcolare se succed în serie, aparent nejustificat, prezentarea la medicul şcolar, respectiv la cel din reţeaua de ocrotire a sănătăţii studenţilor, devine obligatorie. De cele mai multe ori însă, cauzele surmenajului pot fi identificate, apelîndu-se la intervenţii eficiente, care vizează, în primul rînd, raţionalizarea regimului de viaţă şi de muncă al tînărului în cauză, cu sprijinul părinţilor şi al educatorilor. Se poate recurge şi la o reducere temporară a solicitării sale, pînă la restabilirea echilibrului perturbat.

Dar *surmenajul poate şi trebuie să fie evitat !* Acest lucru se realizează cu condiţia ca tînărul care studiază, părinţii şi educatorii să cunoască suficient de bine factorii de risc şi să aplice sistematic măsurile de apărare a sănătăţii tînărului, de creştere a capacităţii sale de efort, de echilibrare a raportului dintre posibilităţile reale ale tînărului şi solicitarea la care este supus, de asigurare a climatului favorabil desfăşurării întregii sale activităţi şi a maturizării personalităţii sale. Părinţilor şi educatorilor le revine delicata misiune de modelare a metodelor şi a mijloacelor folosite în vederea îndrumării şi sprijinirii tînărului în efortul depus, astfel încît acesta să se facă în funcţie de particularităţile sale. În acest sens, adoptarea unor principii educative ca acelea care pune semnul egal între „a vrea" şi „a putea", fără a ţine seama de variabila individuală, care vede în elev sau în student numai o fiinţă care trebuie să înveţe, făcînd abstracţie de faptul că în paralel cu pregătirea sa profesională acesta trebuie să-şi satisfacă şi trebuinţele inerente vîrstei sale, pentru a putea deveni un om în întreaga accepţiune a cuvîntului, greşeşte. Tînărul este un *om* în devenire, iar efortul său de instruire şi de pregătire profesională nu reprezintă decît una dintre laturile indispensabile definirii armonioase a personalităţii sale. Dacă este adevărat că societatea noastră, aflată într-o rapidă dezvoltare, reclamă cadre din ce în ce mai bine pregătite profesional, nu este mai puţin adevărat că societatea are nevoie, în primul rînd, de *oameni* şi de *cetăţeni adevăraţi*, calităţile umane şi cele civice fiind cele care imprimă adevărata valoare capacităţii profesionale.

ESTE TINEREȚEA o vîrstă fără probleme?

Orice evoluție presupune schimbare, indiferent în ce domeniu s-ar manifesta aceasta.

Urmărind evoluția dinamică a tuturor transformărilor survenite în ultimele opt decenii ale secolului XX, aceste schimbări, uneori radicale, apar și se îmbină clar, logic, evident. Ne-am obișnuit să le înregistrăm rezultatele și să le acceptăm ca pe ceva firesc, de la sine înțeles. Uităm adesea că prezentul este o simplă verigă, o mică verigă a lanțului care se pierde în mileniile trecutului și de care se vor lega cele ale veacurilor viitoare.

Dar nu toate transformările înregistrează o curbă egal ascendentă și cu atît mai puțin planurile evoluției umane ; ele nu se suprapun cu acurateță, spre a realiza o creștere calitativ egală. Dintre acestea, unul din domeniile în care dăinuie o rămînere în urmă evidentă este cel al evoluției educației în familie și al mentalității despre tînăra generație.

Din anul 1900 și pînă astăzi au trecut 80 de ani. Aproape totul s-a schimbat în jurul celor care s-au născut la început de veac, foarte multe sînt departe de a fi ce au fost și de sfîrșitul acestuia ne mai despart doar două decenii.

Tînăra generație de azi, crescută de bunicii anilor 25 și de părinții anilor 50, se apropie de vîrsta maturității depline și a început să modeleze noua generație a ultimului pătrar de veac.

Ce va transmite ea celor ce vor păși primii, în plină tinerețe și capacitate creatoare, pragul anului 2000 ?

Educația în familie are un aspect tradițional inerent ; transmiterea cunoștințelor despre viață și muncă, formarea unor deprinderi morale și comportamentale se face, în mod automat, după gradul de civilizație și cultură al educatorilor. Pe lîngă experiența transmisă oral, copilul înregistrează fidel exemplul și comportarea adultului, fie că acestea sînt sau nu în concordanță cu cele exprimate verbal. Dar, în același timp, își însușește totul filtrat prin prisma personalității sale, a temperamentului și caracterului său, într-un cuvînt a individualității sale.

Orice copil este un unicat. El se naște cu un bagaj de capacități și tendințe, de aptitudini și reacții — rezultantă a unor combinații genetice ereditare imprevizibile și uneori greu decelabile în primii ani de viață — care va forma baza reală a personalității lui împlinite. Asemănării fizice cu părinții sau cu rudele apropiate nu-i corespund neapărat trăsături psihice sau temperamentale asemănătoare. De aceea, educația unui copil ar trebui să fie suplă, eliberată de „dogme" și prejudecăți, adaptată receptivității și reactivității sale individuale.

Copilul este o ecuație compusă din cîteva date cunoscute, dar cu foarte multe necunoscute, pe care maturitatea de gîndire și cunoaștere a adulților va trebui s-o descifreze cu răbdare, an de an. Este cel mai greu, dar cel mai plin de satisfacții capitol din cuprinsul educației, ca proces de modelare și transformare a generației pe care o creștem.

Odată înțeleasă adevărata structură psihică a copilului, educația familială va dezvolta, canaliza și perfecta trăsăturile pozitive, atenuînd și estompînd, cu mult tact, blîndețe și înțelegere pe cele negative.

Copilăria lipsită de orice griji este scurtă. Foarte de timpuriu copilul înțelege că cei mari au preocupări și obligații și este foarte mîndru cînd i se încredințează și lui ceva de făcut, pe măsura posibilităților sale. Primind sarcini și responsabilități, antrenat în activitatea de autoservire, copilul este apreciat laudativ și aprobat, ceea ce îi creează stări emoționale, foarte importante pentru dezvoltarea lui psihică, pentru promovarea stării de sănătate somatică și mintală.

Inițiativa, curiozitatea nestăvilită, dorința de a descoperi singur mica lume din jurul său sînt caracteristice copilului sănătos și echilibrat. Lăsat să se manifeste liber, sub observația atentă a adultului, înseamnă a-i da posibilitatea să-și dezvolte capacitatea de adaptare la mediu, inteligența, îndemînarea, priceperea, simțul de observație, înseamnă a-și contura mai clar realitatea lumii în care trăiește.

Aprobarea maternă de care are nevoie constă în mîngîieri și încurajări verbale ; copilul simte nevoia să fie apreciat, prețuit, acceptat. El cere să fie iubit și ocrotit.

Esențiale pentru dezvoltarea psihică a copilului sînt și „modelele parentale" și „autoritatea educațională", exercitate în familie, precum și „stimulii de întărire", manifestați prin răsplată, atunci cînd acțiunile îi sînt acceptate sau, dimpotrivă, prin pedeapsă.

Lupta pe care părinții și bunicii trebuie s-o ducă cu ei înșiși este grea. Ei trebuie să abandoneze toate părerile greșite și prejudecățile de acum cîteva decenii, generate în mare parte de ignoranță și superstiții. Adesea auzim : „așa am crescut și noi și părinții noștri, așa ai să crești și tu !" sau „dacă nu bați copilul cînd e mic, te bate el cînd e mare !", „asta nu e treabă de bărbat, fiule, s-o facă sora ta!" ... și astfel șirul exemplelor nu se oprește aici.

Și poate cea mai nocivă dintre aceste păreri, pe care adesea o repetăm cu duioșie și la 3 ani, și la 10 și chiar la 17 ani este : „ce știe el, e copil !"

Copilul însă știe. De la primele noțiuni însușite și pînă la terminarea procesului cunoașterii raționale, acumulează rapid și diferențiază clar aspectele pozitive și negative ale faptelor și manifestărilor umane.

Negarea acestor aspecte sub eticheta „inconștienței copilăriei" nu ascunde oare dorința părinților de a prelungi copilăria pînă la vîrsta intrării în viață a celui tînăr ?

Fără îndoială că atîta timp cît crește, copilul se află sub directa supraveghere și îndrumare a părinților și a celorlalte cadre educaționale, dar aceasta nu înseamnă că el este complet lipsit de griji, de preocupări, de frămîntări.

Pe măsură ce anii trec, orizontul acestor probleme se lărgește, ele devenind tot mai intense și mai complexe. Adesea nu-și găsesc rezolvarea din lipsă de experiență, neștiință, dar, mai ales, din lipsă de curaj. Tînărul manifestă rezervă în a discuta deschis cu cei mari și adesea ia singur hotărîri și măsuri în soluționarea unor situații, fără a cere sfatul părinților și astfel comite greșeli.

Acum, în perioada adolescenței, puberul tinde să se desprindă treptat de autoritatea parentală, el pretinde o schimbare în raportul de forțe dintre el și lumea celor mari. Ajuns la o nouă treaptă a conștiinței de sine, cînd au loc importante restructurări în planul biologic și, fără îndoială, remanieri în sfera sistemului endocrin, puberul dorește din ce în ce mai mult să fie respectat, manifestă independență și înclinație spre ripostă și devine intolerant față de tonul de comandă al părinților. Acesta este momentul cînd tînărul trebuie cîștigat prin calm și convins prin argumentări raționale.

Este vîrsta căutărilor și întrebărilor, gîndesc și compară, visează și cred în ei și în forțele lor. Au însă și îndoieli și nelămuriri cărora nu le pot găsi singuri rezolvarea : drumul în viață, munca, profesia — iată o primă problemă. Cînd nu există o adevărată chemare, o vocație clar conturată, cum să alegi între o muncă sau alta ? Care ți se potrivește mai bine? Care sînt criteriile decisive în alegerea unei profesiuni care să valorifice la maximum înclinațiile, talentul și capacitățile reale? Care sînt meseriile de care tehnica viitorului va avea mai multă nevoie ?

Această alegere — ținînd seama pe cît se poate de dorințele și interesul personal — depinde de calitățile și posibilitățile obiective de realizare pe care le are cel tînăr, de cunoașterea forțelor sale fizice, intelectuale și spirituale, dar, în aceeași măsură, și a defectelor și slăbiciunilor, mai ales dacă acestea sînt în contradicție cu viitoarea profesiune.

Dar pubertatea constituie și preludiul unei intense vieți afective : este vîrsta sentimentelor exagerate, a visărilor. Prietenia, dragostea, par probleme simple și clare. Dar atunci cînd mecanismele fiziologice care declanșează manifestările instinctului vieții rămîn confuze, inexplicabile sau chiar necunoscute, apar automat

reacțiile primitive : instinctul domină rațiunea, emoția primară se confundă cu sentimentul și atracția fizică cu adevărata dragoste. Cum să le deosebești ? Cum arată dragostea adevărată ?

Omul și rațiunea sa au transformat instinctul vital care îi permite perpetuarea speciei într-o formă superioară de exprimare și realizare : sentimentul de dragoste, bazat pe cunoaștere, comuniune de idei, afinitate selectivă, alegere conștientă și, mai ales, respect reciproc, sinceritate și încredere.

Dragostea este înșelătoare doar atunci cînd sentimentul trainic, conștient, este confundat cu dorința și cu instinctul care își cer drepturile.

Greșelile, inerente la începutul căutărilor, vor forma bagajul unor experiențe de viață, care vor permite cîntărirea valorilor umane sub unghiuri diferite.

Mai tîrziu, căsătoria, cuplul, familia — care vor da împlinire și scop vieții și continuității ei — sînt acte de răspundere, de maturitate, de conștiență, care nu se împacă cu graba și cu superficialitatea. Cînd să te căsătorești ? Cu cine ? Cum să faci ca să ai o căsnicie fericită ? Și cîte alte întrebări nu-și pun cei tineri...

Alegerea partenerului de viață trebuie să fie o încununare a unui proces lent de sedimentare și clarificare a tot ceea ce experiența și cunoașterea au depus în conștiință și rațiune. De această alegere depinde trăinicia legăturii de familie, transformarea a două independențe într-un cuplu unit și inseparabil, climatul în care va crește o nouă generație.

Dar omul de mîine, adaptarea și integrarea lui în lumea viitorului ? La aceste întrebări, să-i lăsăm pe cei tineri să dea frîu liber visului și fanteziei. Să vadă lumea de mîine mai bună și mai dreaptă, pentru copiii lor și pentru toți copiii lumii : descătușată de spectrul războaielor, fără foamete și asuprire, iar omenirea, conștientă de efortul depus de-a lungul veacurilor pentru a trăi liberă sub soare, cu demnitate și omenie, cu respect pentru tradiția și patrimoniul culturii naționale și universale.

La toate întrebările și problemele celor tineri, să le răspundem cu certitudini și adevăruri fără ascunzișuri. Să le dăm încredere în ei și în viitor, să le dăm dreptul să judece și să gîndească liber, să le dăm de timpuriu aripile cu care să se poată ridica, mînați de elanul, curajul și entuziasmul începuturilor de viață.

Și dacă ei vor deveni oameni ai muncii și ai dragostei, ai creației și ai solidarității umane, ai dreptății și păcii, putem privi cu încredere, alături de ei și de cei ce le urmează, viitorul lumii de mîine.

Dr. ADRIANA DECULESCU

– Dacă n-ai nimic de ce ai venit la mine ?
– Să mă „tratați". Mi-a spus sora că faceți o cafea !...

Aforisme medicale

- Reclama e sufletul comerțului : veniți, avem medicamente proaspete !
- Unii se întreabă ce o fi inima ? răspunsul e simplu : o sală de recepție a sîngelui.
- E un om calculat : are „calcul la ficat".
- O fi oare guturaiul o boală de la lume adunată și la lume iarăși dată ?
- Nu mă îndoiesc că spitalul este o întreprindere de reparații, dar... fără piese de schimb.
- Ține mult la odihna creierului, de aceea face fapte cugetate foarte rar.
- Spre a nu-și deranja dantura defectă, se mulțumește doar cu băutură, fie ea cît de tare.
- Se caută un medicament pentru regenerarea umorului.

TEODOR MARICARU

PASTILE *vesele*

— Aici este spitalul pentru cîini ?

— Nici vorbă ! Aici locuiește o profesoară de canto.

— Vă rog să mă iertați... Eu nu prea văd bine și mă conduc după auz !

— Doctore, un farmacist m-a sfătuit...

— Știu, vă sfătuiți mai întîi cu farmaciștii și apoi veniți la medic. Și ce prostie ți-a spus farmacistul ?

— Să vin la dumneavoastră.

— Ca să te vindeci, trebuie să renunți la băutură. Numai astfel îți poți lungi zilele.

— Aveți dreptate, doctore. Acum cîteva săptămîni nu am băut nici o picătură timp de 24 de ore și trebuie să recunosc că mi s-a părut cea mai lungă zi din viața mea !

— Ești vesel, doctore !

— Cum să nu fiu vesel, cînd am descoperit o boală nouă care o să aibă foarte mare succes !

— Dați-mi o loțiune pentru creșterea părului.

— Doriți un flacon mare sau unul mic ?

— Unul mic ; nu-mi place să port plete !

— Am consultat doi medici. Unul îmi recomandă marea, iar celălalt plimbările pe jos. Și acum nu știu ce să fac...

— Fă o plimbare pe jos pînă la mare !

—.Vă rog să-mi dați un buchet de flori pentru o prietenă bolnavă...

— Vă putem oferi acești trandafiri. Costă opt lei un fir.

— A, nu, nu e chiar atît de bolnavă !

GIUSEPPE NAVARRA

deficiențele oculare la copil

Analiza dinamicii morbidității oculare la copii arată o creștere semnificativă. Acest fapt justifică preocuparea de a atrage atenția asupra pericolului pe care îl constituie neglijarea unor defecte oculare constituționale, care pot avea, în timp, consecințe din cele mai severe.

Tendința unor părinți de a minimaliza aceste deficiențe oculare, tendință izvorîtă fie din neglijență, comoditate sau false considerente estetice, împiedică sau întîrzie tratarea unor afecțiuni care, în mod normal, sînt remediabile.

În cele ce urmează nu va fi vorba de patologia propriu-zisă a copilăriei, ci doar de deficiențele vizuale constituționale: *viciile de refracție, defectele vederii binoculare* și ale *acomodării*, ale căror consecințe sînt cefaleea de origine oculară și strabismul.

Viciile de refracție sînt deosebit de importante prin consecințele pe care le pot avea asupra copilului, care are în față o perioadă lungă de școlarizare, și deci de utilizare intensă a analizorului vizual.

Existența unui viciu de refracție, manifestat printr-o vedere scăzută sau prin oboseală oculară, este uneori ușor decelabilă. Poate fi sesizat de copil, părinți sau educatori, după cum poate să rămînă necunoscut sau neluat în seamă. Va fi descoperit, fără îndoială, cu ocazia unui examen ocular întîmplător sau obligatoriu, adesea prea tîrziu pentru a se mai putea aplica un tratament eficace. În acest caz, deficiența vizuală va rămîne definitivă, barînd drumul copilului către anumite profesiuni. Și dacă acesta se află deja într-o școală de specialitate, poate fi pus în situația de a nu-și putea exercita meseria pentru care s-a pregătit.

Dar pentru a putea înțelege viciile de refracție, trebuie mai întîi să cunoaștem ce este *refracția oculară*. Refracția unui ochi este rezultanta diferitelor componente optice: curbura corneei, profunzimea camerei anterioare, grosimea cristalinului și curbura fețelor sale anterioare și posterioare, precum și lungimea axului anteroposterior al globului ocular. Aceste componente pot varia independent una de alta, fără ca această independență să fie totală. Astfel, o putere refringentă mai slabă se poate asocia cu un ax anteroposterior mai lung sau invers, ceea ce duce, în final, la un proces de normalizare a refracției.

Un viciu de refracție, cum ar fi hipermetropia sau miopia, cu o valoare pînă la 6 dioptrii se consideră a fi în limite normale și trebuie apreciat ca un caracter constituțional al individului și nicidecum ca o boală și, în consecință, trebuie privit ca o caracteristică personală, cum este culoarea părului sau a ochilor. Dincolo de această limită (6 dioptrii), viciul de refracție capătă caracter patologic, datorită faptului că cel puțin una din componentele optice amintite mai sus iese din limitele normale.

Elementele refracției au un caracter ereditar, cu mod de transmitere dominant pentru unele, recesiv pentru altele.

Hipermetropia. Ochiul hipermetrop se caracterizează printr-un ax anteroposterior prea scurt sau medii transparente prea puțin refringente. Ochiul în repaus primește imaginea unui obiect situat la infinit în spatele retinei, dar folosind puterea de acomodare, va putea aduce imaginea pe retină. Ochiul nu se va afla însă niciodată în repaus, deoarece este nevoit să facă acomodarea tot timpul. Cum puterea de acomodare a ochiului scade cu vîrsta, se înțelege că efortul care trebuie depus, precum și oboseala oculară sînt proporționale cu gradul mărimii hipermetropiei și cu vîrsta pacientului.

În *miopie*, axul anteroposterior al ochiului este prea lung sau mediile transparente sînt prea refringente, ceea ce determină ca imaginea obiectului așezat la infinit să se formeze în fața retinei. În acest caz, efortul de acomodare nu ajută la aducerea imaginii pe retină pentru a o face clară, ci ea se clarifică doar prin apropierea obiectului de ochi. Astfel, distanța dintre ochi și punctul unde vederea devine clară este în funcție de gradul miopiei. În prin-

cipiu, miopia nu ar trebui să genereze oboseală oculară. În practică însă, aceasta se produce în cazul miopiilor mici, în care ochiul face efortul, inutil dealtfel, de a aduce imaginea pe retină. Oboseala oculară intervine și în miopiile mari, insuficient corectate, sau atunci cînd miopul privește de aproape, fără ochelari. Motivul apariției acestei oboseli oculare este discordanța dintre acomodație și convergență, care face ca axele ochilor să tindă spre divergență în vederea de aproape.

Astigmatismul cel mai des întîlnit la copil este cel datorit exagerării curburii corneei în lungul meridianului vertical sau unei turtiri relative a meridianului orizontal. În grade ușoare, astigmatismul atrage după sine oboseala oculară, din cauza efortului depus de ochi pentru a clarifica imaginea.

Un anumit grad de hipermetropie este considerat fiziologic, în timp ce miopia apare, în general, în decursul creșterii. Ambele sînt legate de creșterea globului ocular, fenomen care se petrece odată cu înaintarea în vîrstă. Acest fapt face ca globul ocular să-și exteriorizeze caracterele genetice doar către sfîrșitul adolescenței.

Așa-zisele cauze incriminate în apariția miopiei, cum ar fi munca intelectuală sau surmenajul, pot fi considerate doar ca factori adjuvanți, cu rol asupra predispoziției genetice, dar o boală de lungă durată și intens debilitantă sau condiții necorespunzătoare de nutriție par a grăbi evoluția unei miopii existente sau chiar o poate provoca.

Hipermetropia beneficiază de creșterea globului ocular. Astfel, o hipermetropie de două dioptrii va fi anulată către vîrsta de 14 ani, iar una de un grad mai mare tinde să diminueze la această vîrstă.

Dintre aceste vicii de refracție, astigmatismul este mai puțin evolutiv.

În ceea ce privește puterea de acomodare, aceasta scade progresiv cu vîrsta, astfel încît un ochi normal necesită lentile corectoare pentru citit și pentru lucru de aproape în jurul vîrstei de 45 de ani. Hipermetropia coboară acest prag, iar miopia îl întîrzie. În cazul unui viciu de refracție necorectat sau incorect tratat, poate să apară așa-numitul spasm de acomodație. El se datorește faptului că mușchiul ciliar suprasolicitat nu se mai poate relaxa complet nici în afara perioadelor de efort ocular. Spasmul de acomodație este o sursă importantă de oboseală oculară.

Menționăm că la baza defectelor vederii binoculare stă dezechilibrul dintre acomodare și convergență, care generează o tendință la deviere a globilor oculari. Se va produce astfel fie un exces de convergență (esoforie), fie o divergență a axelor oculare (exoforie). Alterările vederii binoculare pot fi puse în legătură cu un viciu de refracție, după cum pot fi și ereditare sau constituționale.

Defectele optice pe care le-am menționat au drept urmare cefaleea de origine oculară și strabismul concomitent.

Cefaleea de origine oculară. Un examen ocular complet este necesar în toate cazurile de cefalee, a cărei cauză nu poate fi determinată prin examenul general și care nu cedează la tratament.

În absența unei afecțiuni oculare sau a unui deficit optic, examenul oftalmologic poate descoperi semne oculare capabile să orienteze diagnosticul. În plus, eliminînd cauza oculară, un examen negativ exclude din sfera ipotezelor un număr de afecțiuni, restrîngînd astfel limitele investigațiilor.

În cazurile în care copilul se plînge de o vedere scăzută sau dificilă, dă semne de oboseală la citit, îi scade capacitatea de atenție sau prezintă devierea unui ochi, este necesar să ne adresăm medicului specialist, în vederea precizării diagnosticului și a instituirii unui tratament corespunzător.

Durerea de cap apare în funcție de efortul ocular, la un carecare interval de timp de la începerea lucrului, de obicei la amiază sau către seară, și este agravată de oboseala fizică sau nervoasă, de factori emoționali sau de condiții necorespunzătoare de lucru. Durerea este localizată de obicei supraorbitar de ambele părți, putînd iradia spre tîmple sau ceafă. Ea poate fi însoțită de înțepături ale ochilor, senzație de arsură a marginii pleoapelor, nesuportarea luminii (fotofobie). Toate aceste semne constituie *astenopia acomodativă* (oboseală generată de eforturile excesive la care este supus mușchiul ciliar — mușchi intraocular cu rol important în acomodare).

Prin examenul ocular complet se va stabili viciul de refracție la copilul care prezintă asemenea simptome, instituindu-se un tratament complet, care va urmări atît corecția, cît și reeducarea vederii.

Strabismul concomitent. Tot o consecință a defectelor optice o constituie și strabis-

mul concomitent. Acest strabism este legat de un viciu de refracție sau de un defect al vederii binoculare, spre deosebire de strabismul care apare în urma unei alterări patologice a unuia din ochi, consecință a unei boli sau a unui accident urmat de pierderea vederii.

În apariția strabismului, elementul genetic joacă un rol preponderent, în sensul că viciul de refracție sau tulburarea vederii binoculare din cauza căreia s-a produs strabismul ar fi legată de un genotip particular. Astfel, în strabismul convergent, factorul ereditar este reprezentat de hipermetropie, care are drept urmare un exces de convergență și care, decompensîndu-se sub influența unor factori externi (exemplu, o boală infecțioasă), devine manifest.

În strabismul divergent, factorul ereditar l-ar constitui dezechilibrul oculomotor, tradus prin divergența axelor oculare, care, sub influența factorilor externi, devine manifest.

Copiii cu strabism concomitent nu prezintă *diplopie* (vedere dublă), datorită efortului de adaptare a sistemului nervos central la poziția defectuoasă a ochilor. Adaptarea se face prin suprimarea imaginii ochiului deviat. Datorită acestui fapt, strabicului îi este permisă o viață de relație aproape normală, acesta prezentînd o alterare a vederii binoculare, dar fără diplopie, care este greu de suportat. Repunerea ochilor în poziție normală prin intervenție chirurgicală nu suprimă fenomenele neurosenzoriale, ceea ce înseamnă că intervenția chirurgicală singură nu poate restaura vederea binoculară. De aceea, prima preocupare a medicului va fi cercetarea prin examene ortoptice a gradului de alterare a vederii binoculare și utilizarea tuturor posibilităților de reeducare, înainte de a trece la actul chirurgical.

În urmărirea acestui scop este necesar să se țină seama de următorii factori :

— vîrsta apariției strabismului : cu cît apare mai tîrziu, cu atît șansele de reeducare a vederii sînt mai mari, avînd în vedere că funcția ochiului a avut timp să se stabilizeze ;

— intervalul de timp de la apariția strabismului și pînă la începerea tratamentului să fie cît mai scurt, deoarece fenomenul de adaptare despre care s-a vorbit se face progresiv. Deci, după o perioadă de timp în care se stabilește adaptarea, urmează suprimarea imaginii ochiului deviat pe care o face creierul, fenomenul petrecîndu-se în mod brusc. Suprimării imaginii îi urmează ambliopia, alterări de fixație a privirii și apoi alterări ale vederii binoculare. Statisticile arată că după vîrsta de 7 ani, șansele de a obține vedere binoculară normală sînt reduse.

Strabismul netratat precoce aduce după sine scăderea vederii ochiului deviat — *ambliopia*. Ochiul ambliop este acel ochi a cărui acuitate vizuală rămîne sub anumite limite, chiar și după corectarea optică, fără a prezenta nici o cauză patologică, organică, spre a se putea explica scăderea vederii.

Ambliopul monocular nu se comportă ca un invalid, fiind uneori atît de bine adaptat încît nici nu-și dă seama de deficiența lui vizuală. Totuși, ambliopului îi sînt interzise toate profesiunile care necesită vedere cu ambii ochi (tehnică fină, lăcătușerie, conducere auto etc.).

Mai mult decît atît, el riscă o invaliditate totală în cazul în care ochiul bun este afectat de o boală sau suferă un accident cu pierderea vederii.

Frecvența ambliopiei monoculare are o mare importanță socială. Aproximativ 3% din populație este atinsă de strabism, care, fără tratament corespunzător, conduce la ambliopie monoculară la 3 din 4 cazuri. Este o cifră impresionantă, care justifică măsurile de prevenire și de depistare a viciilor de refracție și a ambliopiei la preșcolari, prin examene complete oculare, care se efectuează în colectivitățile de copii (grădinițe). Un tratament precoce instituit *la mai puțin de 2 ani* de la debutul strabismului poate aduce vindecarea completă a ambliopiei și a strabismului la mai mult de jumătate din cazuri. Acolo unde nu se poate obține o vindecare completă, acuitatea vizuală se ameliorează totuși mult. La actul chirurgical se poate recurge în ultimă instanță, în vederea realizării unei corecții totale estetice. Acesta nu înlocuiește însă tratamentul medical și adesea este nevoie să fie urmat de exerciții ortoptice.

Practic, pentru ca tratamentul complet al strabismului să fie eficace, evitîndu-se consecințele atît de grave pentru viitorul copilului, este necesar să subliniem cîteva lucruri :

— Adulții strabici sau ambliopi să-și prezinte copiii la examen ocular, dat fiind caracterul ereditar al cauzelor strabismului.

— Tratamentul strabicilor să se înceapă de la cea mai fragedă vîrstă cu putință.

— Părinții să fie preveniți de necesitatea purtării ochelarilor corectori și de ur-

marea tratamentului ortoptic cu regularitate și perseverență de către copii. Tratamentul este de lungă durată și dificil atît pentru copii, cît și pentru părinți.

— Este greșit să se considere că defectul ocular „trece cu vîrsta" sau că numai purtatul ochelarilor este suficient, dacă oculistul a indicat tratament de reeducare a vederii.

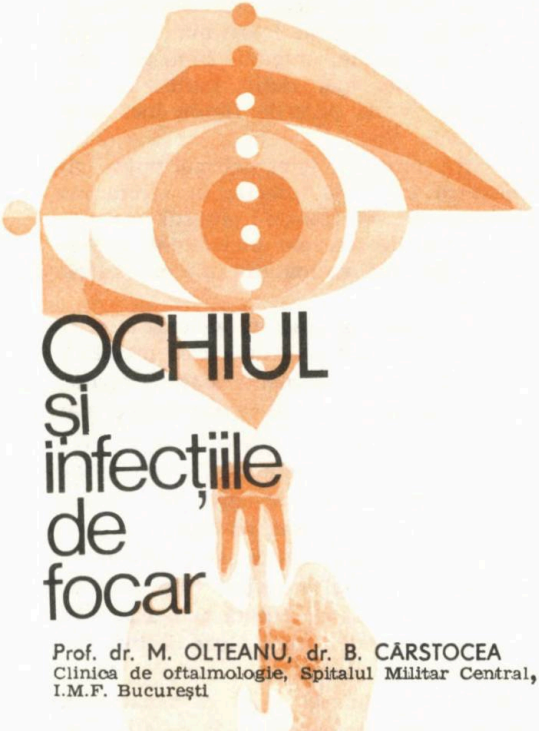
— De asemenea, părinții trebuie preveniți că uneori exercițiile ortoptice și corecția optică sînt insuficiente pentru vindecarea strabismului și că deci s-ar putea recurge la actul operator.

— Operația de strabism este lipsită de orice pericol pentru copil. Ea trebuie însoțită pre- și postoperator de corectarea vederii, cu ajutorul gimnasticii ortoptice.

— Atît tratamentul medical, cît și cel chirurgical nu pot înlocui purtarea ochelarilor.

Urmînd cu conștiinciozitate tratamentul, oricît de lung și anevoios ar fi el, se pot obține rezultate din cele mai bune. Căci ce poate oferi o satisfacție mai mare decît să contribui la redarea celui mai prețios simț — vederea — făcînd dintr-un copil deficitar vizual un om normal, perfect integrat în societate.

Dr. ILEANA MARINOV
medic primar oftalmolog



OCHIUL și infecțiile de focar

Prof. dr. M. OLTEANU, dr. B. CÂRSTOCEA
Clinica de oftalmologie, Spitalul Militar Central, I.M.F. București

În precizarea cauzelor și mecanismelor numeroaselor afecțiuni, atît în ceea ce privește bolile generale, cît și cele oculare, dezvoltările din ultimele decenii ale bacteriologiei și imunologiei au adus noi date în această interrelație ce se credea că s-a canalizat. Datele furnizate de aceste discipline, precum și acumularea unei imense cantități de fapte clinice, au fundamentat teoria infecției de focar, factor cauzal al multor boli, printre care se înscriu și cele oculare.

Focarul de infecție este o leziune circumscrisă, cronică, cu manifestări discrete local, dar cu răsunet important la distanță.

Cele mai frecvente localizări ale focarelor de infecție sînt : dentare, amigdaliene, rinosinuzale, pulmonare, apendiculare, colecistice, prostatice etc.

Mecanismul prin care infecția de focar (în fapt o colecție microbiană cu virulență, care se exacerbează periodic) se reflectă asupra ochiului îl constituie hipersensibilizarea la toxinele rezultate din distrugerea microbilor, care străbat „capsula" focarului și, pe cale sanguină sau limfatică, se răspîndesc în organism, ajungînd și la ochi. Nu este deci vorba de migrarea unor microbi pe cale sanguină, ci de reacția unui organ situat la distanță față de produsele microbiene.

Gama de afecțiuni oculare care pot avea drept cauză un focar de infecție este extrem de largă.

Cea mai simplă situație o constituie **lăcrimările persistente,** fără motiv oftalmologic demonstrat; un focar amigdalian, sinuzal și, mai ales, dentar poate juca în acest caz rolul de „spină iritativă".

Există apoi o serie de blefaroconjunctivite, extrem de rebele la tratament, care au drept cauză un focar infecțios în sfera rinosinuzală sau destul de frecvent un focar colecistic (asociate și cu tulburări în metabolismul vitaminei A). De asemenea, la originea celor mai multe **blefarite** se află afecțiuni ale colonului (intestinul gros), în special colitele de fermentație (teorie susținută de unii autori americani).

Episcleritele și **sclerite**le sînt și ele consecința unor focare de infecție buco-dentară, atunci cînd nu sînt de origine reuma-

tismală sau tuberculoasă ; dealtfel, reumatismul însuși este consecința unor focare de infecție. Și dacă în cele menționate am evidențiat boli ale ochiului și ale zonelor învecinate, foarte neplăcute, dar nu foarte grave, în schimb **uveitele** — inflamații ale tunicii mijlocii a ochiului — sînt afecțiuni redutabile. Printre cauzele uveitelor, infecția de focar ocupă, potrivit opiniilor formulate în ultimul deceniu, locul fruntaș. Dacă adăugăm și uveitele reumatismale, ponderea infecțiilor de focar în etiologia uveitelor devine net dominantă. Dintre uveite, cele anterioare **(irite, iridociclite și ciclite)** sînt foarte frecvent consecința unor focare de infecție dentară, amigdaliană sau a sinusurilor maxilare. De asemenea, pot fi determinate de o infecție a sinusurilor sfenoidal și etmoidal (sinusuri posterioare) și mai rar de un focar otomastoidian. Tot sinusurile posterioare pot fi responsabile de producerea **nevritelor optice,** cu mari implicații de ordin vizual.

Datorită consecințelor sale asupra acuității vizuale, uveita trebuie tratată cu deosebită seriozitate. Uneori, procesul patologic din uveite poate să se complice cu împiedicarea circulației normale a umorii apoase (glaucom secundar), putînd antrena grave tulburări de nutriție a ochiului. De asemenea, nevritele optice nu trebuie neglijate, ci tratate cu multă răspundere, dat fiind că de integritatea nervului optic depinde, în ultimă instanță, vederea.

Cele cîteva afecțiuni oftalmologice enumerate — deși lista este departe de a fi completă — ne atrag atenția asupra grijii pe care trebuie să o acordăm asanării focarelor de infecție. De aceea, este necesar să cunoaștem cu exactitate care sînt aceste focare. Pe primul loc se situează focarele dentare ; dealtfel, corelația patologică dinte-ochi este pomenită încă în codul lui Hammurabi, iar Ambrozie Paré numea dintele canin „dintele ochiului". Nu o simplă carie, nu abcesele dentare și nu neapărat gangrena sînt focare de infecție dentară. Afecțiunile dentare susceptibile să se comporte ca un focar de infecție sînt pulpitele și, mai ales, granuloamele apicale. Nu este însă suficient să se constate coexistența unei boli de ochi și un focar dentar pentru a afirma cu certitudine originea odontogenă a bolii respective, cum ar fi, de exemplu, iridociclita, ci între cele două afecțiuni trebuie stabilită o relație de la cauză la efect, relație care trebuie verificată terapeutic. Deci, în prezența focarelor odontogene trebuie să admitem necondiționat suspiciunea, dar sîntem datori să verificăm terapeutic, ceea ce implică asanarea focarelor dentare.

În al doilea rînd sînt incriminate focarele amigdaliene. Nu este vorba de amigdalita pultacee, cu tabloul său tipic, ci de amigdalita cronică, criptică ; uneori, amigdalele pot da chiar impresia că sînt sănătoase. În prezent, se vehiculează ideea că nu este deloc un exces practicarea amigdalectomiei, chiar în lipsa manifestărilor inflamatorii acute, amigdala fiind un organ mai mult sau mai puțin inutil. Dar în această privință părerile rămîn încă controversate.

Dintre sinusurile feței, cel mai puțin implicat ca focar de infecție în afecțiunile oculare este cel frontal ; sinusul maxilar este destul de frecvent incriminat, probabil și datorită vecinătății sale cu rădăcinile dentare.

Referindu-ne la aspectul general al purtătorului unei infecții de focar, precizăm că acesta este somnolent, obosit, apatic, cu variații ușoare ale temperaturii, cel mai frecvent subfebril, cu tulburări cardiovasculare de tip distonie neurovegetativă. Tabloul clinic este oscilant, schimbător, fapt care-l pune adesea pe medic în dificultate diagnostică ; alteori se confundă cu ușurință cu tabloul infecției tuberculoase. Cert este însă că, de îndată ce s-a stabilit posibila existență a unui focar de infecție, nu trebuie să neglijăm, ci trebuie făcută o evaluare a întregii stări de sănătate a organismului, inclusiv depistarea altor focare coexistente, chiar aparent stinse.

Se impune să acordăm toată atenția depistării și asanării focarelor de infecție, încă de la o vîrstă foarte tînără și înainte de a da complicații, care sînt cel mai adesea redutabile ; această atitudine constituie, în ultimă instanță, expresia nivelului de civilizație.

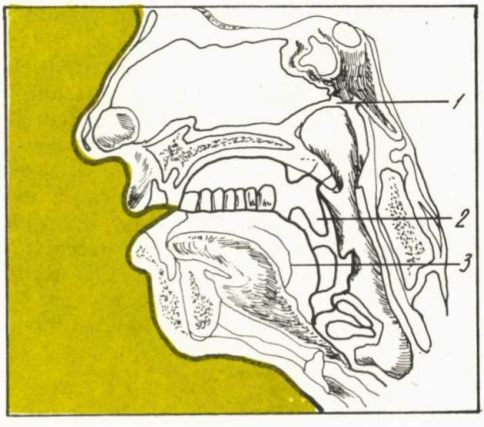
O afecțiune frecventă
AMIGDALITA

CONF. DR. DOC. **CORNELIA PĂUNESCU**

Amigdalele sînt organe limfoide cu rol deosebit de important în sistemul de apărare a organismului împotriva diferitelor noxe și, în primul rînd, împotriva infecțiilor. Situate în cele trei etaje ale faringelui, amigdalele constituie inelul limfatic Waldeyer (fig. 1), compus din : amigdala faringiană Luschka (în etajul superior, nazal), amigdalele palatine (în etajul mijlociu, bucal) și amigdala lingual (în etajul inferior, laringian). Așezate între cei doi stîlpi amigdalieni, de o parte și de alta a istmului faringian, delimitat în sus de vălul palatin cu lueta (omușorul), iar în jos de baza limbii (fig. 2), cele două amigdale palatine sînt expuse îmbolnăvirilor de tot felul, cea mai frecventă dintre acestea fiind inflamația lor, adică amigdalita.

Posibilă la orice vîrstă, amigdalita se datorește unei infecții bacteriene sau virotice. Această infecție poate fi nespecifică, cauzată de microbii saprofiți, existenți în

Fig. 1 — Cele trei etaje ale faringelui, cu amigdalele respective :
1 — amigdala faringiană Luschka (în etajul superior, nazal) ; *2* — amigdala palatină (în etajul mijlociu, bucal) ; *3* — amigdala lingual (în etajul inferior, laringian).



mod obișnuit în faringe (cum sînt stafilococii sau streptococii nehemolitici și adenovirusurile), care — sub influența unor factori favorizanți ca frigul și, mai ales, diferențele bruște de temperatură sau lipsa de apărare a unui organism slăbit, surmenat — pot deveni virulenți (patogeni). Cît privește amigdalitele specifice, agentul lor cauzal este constituit de bacteriile și virusurile bolilor infecțioase ca : gripa, rujeola, varicela, tusea convulsivă, scarlatina, difteria etc. În aceste cazuri, factorul favorizant principal îl constituie contagiunea, molipsirea de la persoanele bolnave.

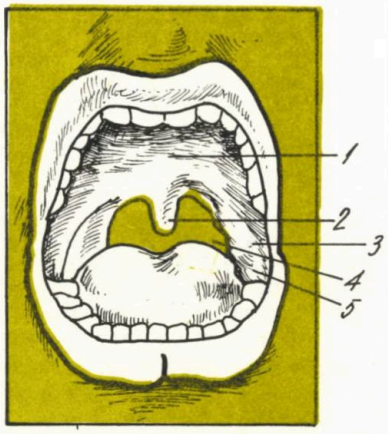


Fig.2 — Istmul faringian :
1 — vălul palatin ; *2* — lueta (omușorul) ; *3* — stîlpul anterior ; *4* — stîlpul posterior ; *5* — amigdala palatină.

Alături de infecție, o cauză importantă și adesea prezentă în amigdalită este obstrucția nazală, care se datorește unor afecțiuni nazofaringiene sau nazale ca : vegetațiile adenoide (denumite în mod greșit „polipi" de către cei necunoscători, care constau din inflamația cronică hipertrofică a amigdalei faringiene, situată înapoia orificiilor posterioare ale foselor nazale), deviația septului nazal, rinitele și sinuzitele, polipoza nazală etc.

Mecanismul prin care obstrucția nazală favorizează îmbolnăvirea amigdalelor este dublu : în primul rînd, datorită dificultății de a respira pe nas, secrețiile nazale nu pot fi eliminate prin narine, ci se scurg în faringe, iritînd amigdalele ; în al doilea rînd, respirația făcîndu-se pe gură, aerul

nu mai este filtrat (cum se întîmplă în respirația normală, pe nas) și ajunge la amigdale așa cum se află în mediul înconjurător : rece, uscat, plin de praf, fum, gaze etc.

Odată produsă, amigdalita evoluează în două faze : acută și cronică.

Amigdalita acută, mai frecventă în sezonul rece și în perioadele cu schimbări bruște de temperatură, precum și în timpul epidemiilor de gripă, rujeolă, scarlatină, difterie etc., se manifestă atît prin greutate și dureri la deglutiție (înghițit), iradiate uneori în urechi, cît și printr-o stare generală alterată, cu febră (38—40°), cefalee (durere de cap), dureri articulare, anorexie (lipsa poftei de mîncare) etc., la care se adaugă în mod constant o obstrucție nazală aproape totală, care de obicei precedă durerea în gît. În prezența acestor simptome, bolnavul trebuie să consulte neapărat medicul și să urmeze întocmai tratamentul și regimul prescrise de acesta.

În caz contrar, amigdalita acută se poate complica cu alte boli în vecinătate (flegmon periamigdalian, laringotraheită, otită medie, adenopatii cervicale etc.) sau la distanță (reumatism infecțios, endocardită, nefrită etc.), ori se poate croniciza.

Amigdalita cronică poate prezenta diverse forme, în funcție de vîrstă și de modificările patologice produse. Astfel, la copii — și în special la cei mici — întîlnim cel mai adesea forma de amigdalită hipertrofică, cu creșterea impresionantă a volumului amigdalelor. Deși acest aspect îi îngrijorează de obicei cel mai mult pe părinți, ținem să subliniem că această formă de amigdalită este cea mai puțin periculoasă pentru sănătatea purtătorului, fiind vorba de o reacție mai puternică a țesutului limfoid de apărare și nu de o infecție la fel de puternică. La adulți și mai rar la copiii mai mari, amigdalita cronică se prezintă de obicei sub forma criptică ; în aceste cazuri, amigdalele sînt de volum moderat, dar au criptele pline de cazeum și puroi, constituind un adevărat „focar de infecție".

Oricare ar fi forma sub care se prezintă amigdalele, în faza cronică bolnavul este palid (insuficiența respiratorie împiedicînd oxigenarea suficientă a organismului), obosit, simptomele din faza acută a bolii revenind cu ocazia celei mai mici răceli sau a consumării oricăror alimente sau lichide mai reci. Sînt cazuri în care reacutizările se pot repeta în fiecare lună, menținînd bolnavul într-o stare de permanentă suferință locală și generală.

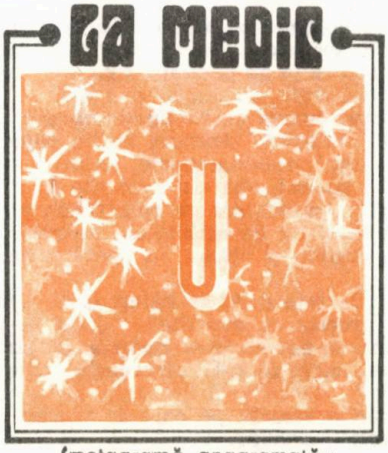
Pentru ca această situație să nu se producă, la primele simptome de amigdalită trebuie consultat fără întîrziere medicul specialist (otorinolaringologul), care, pe lîngă tratamentul local și general al amigdalitei, va trata concomitent și cauza care a favorizat apariția bolii : adenoidita, deviația de sept, rinosinuzita, polipoza etc. În fazele acute, tratamentul acestor afecțiuni cauzale va fi medical (medicamentos și fizioterapic), iar în fazele cronice, chirurgical : adenoidectomie, repoziția septului nazal, polipectomie, cura radicală a sinuzitelor etc.

În ceea ce privește tratamentul propriuzis al amigdalitei, el va fi totdeauna cît mai conservator, folosindu-se toate metodele terapeutice capabile să vindece amigdalele și să elimine focarul de infecție, fără să lipsească organismul de cele mai importante apărătoare ale sale împotriva infecțiilor. Indicația operatorie trebuie rezervată doar cazurilor care, după repetate puseuri de amigdalită septică insuficient sau deloc tratate, au dus la distrucția țesutului limfoid amigdalian și nu mai pot beneficia de tratamentul conservator.

Ca dealtfel în toate bolile, cea mai eficace metodă de combatere rămîne *profilaxia*, care va începe încă de la naștere. Ea constă din călirea organismului împotriva răcelilor și a diverselor predispoziții la boli, prin: viață în aer liber sau, dacă nu este posibil, asigurarea unui microclimat optim (cameră aerisită, o temperatură de 18—20° și o umiditate moderată a aerului ; păstrarea extremităților la cald (neieșirea din casă, iarna, fără căciulă, încălțăminte și mănuși călduroase și impermeabile) ; alimentație rațională cu evitarea exceselor de sare, condimente, grăsimi, dulciuri și făinoase.

De asemenea, se impune depistarea și tratamentul cît mai precoce al afecțiunilor însoțite de obstrucție și infecție nazală (vegetațiile adenoide, deviațiile de sept, rinosinuzitele, polipoza nazală etc.), precum și a stărilor diatezice (limfatism, alergie, diabet etc.), care favorizează apariția și cronicizarea amigdalitelor. O deosebită importanță prezintă și efectuarea la timp a vaccinărilor, precum și evitarea aglomerărilor, mai ales în timpul epidemiilor.

La medic



(metagramă anagramată : XXXXXOXXXXX—XXXXCXXXXXX)

Pentru bolnavi

(scart anagramat : XXXXXXO)

La spital

(monoverb cu intars : XXXOXOXXX)

Cărți de vizită

(5, 6;4) dr. OLGA MICU-DOBRE

(5, 8;4) dr. DORINA GABEL-MIOC

Aflați prin anagramare specialitatea și localitatea în care profesează fiecare din cei doi doctori de mai sus.

ADAM STOICA

STRABISMUL LA COPIL

Denumirea de strabism vine de la grecescul „strobos", care înseamnă sașiu, în curmeziș, și se atribuie celor care se uită cruciș, adică în privirea de drept înainte nu există o simetrie a ochilor în raport cu nasul.

Deși această afecțiune este cunoscută încă din antichitate (Hipocrate, cel mai mare medic al antichității, făcea o clasificare a strabismelor în paralitice și neparalitice), preocupările medicilor pentru strabism s-au manifestat mult mai tîrziu, abia la începutul secolului al XIX-lea. În literatură se citează cazul unui medic, John Taylor, care călătorea prin Europa, anunțîndu-se cu trompeta că efectuează operații de strabism, dar prima operație semnalată a avut loc în Franța, la Lyon, în 1836, după care a existat o mai intensă preocupare pentru acest defect de poziție a globilor oculari.

Datele statistice din diverse țări arată că frecvența strabismului este destul de crescută, ajungînd la 2—4% din populația unei țări.

Dat fiind avîntul pe care l-a cunoscut dezvoltarea tehnico-industrială, unde se cere o bună acuitate vizuală, implicațiile frecvenței strabismului nu sînt de neglijat, mai ales că persoanele strabice nu pot exercita o serie de profesiuni ca, de exemplu, auto, aviație, marină, proiectare, arhitectură, chirurgie, mecanică fină etc.

Cauzele care provoacă strabismul sînt numeroase și, în bună măsură, rămîn necunoscute. Cu toate acestea, sînt invocate: erupțiile dentare, bolile infecțioase (rujeola, scarlatina, tusea convulsivă, varicela etc.), traumatismele, șocurile psihice, viciile de refracție (hipermetropia, miopia), în special cele cu diferențe mari între cei doi ochi (anizometropiile), unele leziuni organice oculare cu opacifierea mediilor transparente (leucoame, cataracte), leziuni ale fundului de ochi și ale nervului optic, paraliziile oculare, anomalii ale musculaturii ochilor și altele. În unele cazuri sînt intricați mai mulți factori.

În general, strabismul este mai frecvent la fete decît la băieți (55% fete față de 45% băieți). Vîrsta apariției nu se poate preciza cu exactitate: după 3—4 luni de la naștere sau chiar mai tîrziu, la 2—3 ani, se pot observa cazurile de strabism convergent, care sînt mai frecvente, spre deosebire de cele divergente, care apar după vîrsta de 4—5 ani și sînt mai rare.

Dar înainte de a vorbi despre perturbările vizuale pe care le produce strabismul, este necesar să cunoaștem cum se dezvoltă vederea.

Momentul nașterii la copilul normal corespunde cu momentul cînd stimularea luminoasă acționează asupra aparatului vizual, format din punct de vedere anatomic. S-a putut demonstra cu ajutorul cinematografiei că funcția vizuală este prezentă la naștere la copilul normal, dar într-o stare foarte rudimentară. Ea devine din ce în ce mai complexă pe măsură ce copilul crește. Din primele săptămîni, mișcările oculare încep să fie coordonate, din luna a III-a copilul poate schița intenția de a-și privi mîna, iar după 6 luni începe să deosebească forma obiectelor și localizarea lor în spațiu.

Această dezvoltare a vederii se face simultan și progresiv pentru cei doi ochi, creîndu-se totodată legături funcționale între ei, centrate de pata galbenă a retinei. Legăturile dintre cei doi ochi se întăresc progresiv, devenind din ce în ce mai stabile și mai complexe, copilul începînd să perceapă localizarea obiectelor situate mai aproape sau mai departe de el, la stînga sau la dreapta. Pentru aceasta este nevoie ca ochii să funcționeze în ansamblu și armonios, ei trebuie să fixeze același obiect, astfel ca fiecare ochi să trimită la creier aceeași imagine. Creierul analizează imaginile trimise continuu de cei doi ochi și dacă sînt asemănătoare le sintetizează, contopind cele două imagini într-una singură. Contopirea celor două imagini într-una singură constituie o calitate superioară a vederii și este specifică numai primatelor și omului; ea se numește vedere binoculară și se dezvoltă pînă la vîrsta de 4—5 ani.

Importanța vederii binoculare constă în faptul că ea ne dă posibilitatea de a avea un cîmp vizual mai mare, de a percepe obiectele în spațiu și în relief, deci o imagine mult mai completă și mai exactă.

Procesul dezvoltării vederii binoculare poate fi perturbat fie datorită faptului că unul din cei doi ochi este deviat, deci obiectul nu este fixat în aceleași condiții, fie că imaginile recepționate de ochi, care merg la creier, nu sînt asemănătoare, o imagine fiind mai clară, iar una mai ștearsă, cum se întîmplă în viciile de refracție (miopie, hipermetropie) sau în cazurile cînd există leziuni la fundul de ochi, tumori intraoculare, cataracte etc. În ambele situații, imaginile nu au aceeași claritate, creierul nu le poate fuziona, renunțînd la imaginea mai ștearsă, din care cauză vederea unui ochi nu se dezvoltă normal, iar legăturile dintre cei doi ochi se fac anormal.

Un copil cu vedere normală vede aceeași imagine cu cei doi ochi, în timp ce un copil cu strabism nu vede decît cu unul singur, deoarece, dacă ar privi cu amîndoi ochii, ar avea o vedere dublă. Acest fapt se datorește posibilităților mari de adaptare pe care le are creierul copilului care suprimă vederea unui ochi, reținînd numai imaginea mai clară.

Cînd un copil privește cînd cu un ochi, cînd cu celălalt, cum este cazul în strabismul alternant, el vede bine cu fiecare ochi în parte, dar nu s-au format legăturile dintre cei doi ochi și nu are vedere binoculară. Dacă el fixează numai cu un singur ochi, ochiul din poziția normală are o vedere bună, iar cel deviat are o vedere mai slabă.

În toate cazurile cu strabism, fie el alternant sau monocular, este utilizat numai un singur ochi, cel care deviază rămînînd practic exclus și deci nu se va putea forma nici funcția de vedere binoculară normală.

Această situație ar putea avea consecințe nefavorabile asupra dezvoltării ulterioare a copilului, însă datorită metodelor moderne de tratament de care dispunem în prezent, în majoritatea cazurilor este redată vederea normală.

Spre deosebire însă de alte afecțiuni, unde tratamentul dă rezultate rapide, în cazul strabismului, tratamentul este anevoios și de lungă durată, necesitînd și sprijinul părinților sau însoțitorilor. Ei trebuie să urmărească încă de la naștere dezvoltarea vederii copilului lor, și anume : poziția globilor oculari, coordonarea mișcărilor oculare, gesturile de fixație ale diferitelor jucării etc. și pentru orice suspiciune de abatere de la dezvoltarea normală să consulte medicul, care va aprecia oportunitatea unui examen oftalmologic. Este știut că, cu cît un defect de vedere sau de poziție a globilor oculari a apărut mai aproape de naștere, cu atît va fi mai greu de tratat, după cum, cu cît acest defect a fost depistat și tratat mai devreme, cu atît rezultatele sînt mai bune.

Îndreptarea poziției globilor oculari, recuperarea vederii ochiului deviat, dacă aceasta este scăzută, și a vederii binoculare constituie scopul tratamentului. Toate acestea se pot obține numai printr-un tratament perseverent, care cere un efort atît din partea copiilor, cît și a părinților.

Deși unele din metodele de tratament sînt simple, ele cer supraveghere permanentă. Așa, de exemplu, *purtatul ochelarilor* în strabismele acomodative (unde există un viciu de refracție care a declanșat strabismul) poate să rezolve deviața globilor, cu condiția ca aceștia să fie purtați permanent, de dimineața pînă seara. Copilul trebuie învățat să privească prin lentile și nu pe deasupra, să ceară singur ochelarii și să nu renunțe la ei fără aprobarea medicului care i-a prescris.

O altă metodă o constituie *acoperirea ochiului bun*. Ea se recomandă în strabismele la care ochiul deviat nu vede bine și are ca scop să solicite ochiul care lușează. Dacă vederea acestuia este foarte slabă, copilul va refuza la început să poarte pansament pe ochiul bun, în care caz părinții au datoria să-l ajute să treacă peste această perioadă, care uneori durează 8—10 zile, după care copilul se va obișnui și totul i se va părea normal. Durata tratamentului se poate întinde pe luni de zile, dar dacă este făcut corect, vom constata cu satisfacție că ochiul deviat își îmbunătățește treptat vederea și totodată își corectează poziția.

În toată această perioadă sînt necesare controale periodice, cel puțin o dată pe lună, și dacă se constată că vederea ochiului slab a ajuns egală cu a celui bun, se va recurge la exerciții de vedere binoculară, care au scopul să creeze legăturile funcționale dintre cei doi ochi. Aceste exerciții se fac la diverse aparate la centrele ortoptice. Dacă după 1—2 luni de acoperire a ochiului bun vederea nu s-a îmbunătățit, înseamnă că aceasta sau nu a fost făcută corect, în care caz trebuie controlat dacă nu cumva copilul privește pe sub pansament, sau este vorba de o tulburare mai profundă, care necesită și alte exerciții de stimulare a vederii cu aparate speciale (pleoptofor, centrofor, eutiscop etc.).

În cazul în care s-a obținut recuperarea vederii ochiului slab și vederea binoculară la aparate speciale, dar nu s-a corectat deviața globilor, se recomandă intervenție chirurgicală de îndreptare a poziției globilor oculari, după care se continuă cu exerciții de stimularea vederii binoculare la sinoptofor. Dacă în urma acestor metode de tratament s-a ajuns la vindecarea funcțională și estetică, părinții trebuie să supravegheze cu atenție copilul, deoarece se pot produce recidive după o serie de boli contagioase, traumatisme, șocuri psihice etc.

Acest tratament trebuie terminat pînă la vîrsta școlarizării, pentru a nu-l împiedica pe copil de la obligațiile școlare. Tot timpul tratamentului, copilul trebuie înțeles și încurajat cu blîndețe, deoarece strabismul îl face uneori mai irascibil, este mai labil din punct de vedere psihic și afectiv, prezintă tulburări de comportament, se simte complexat față de copiii din jur. Părinților le revine sarcina de a se apropia de copil și a-i insufla încrederea că defectul ocular se poate corecta. Participarea cu răbdare și interes a copilului la tratament ușurează mult sarcina reeducării. Trăind într-o colectivitate cu alți copii strabici, n-ar mai fi complexați, s-ar crea o emulație, iar rezultatele bune ale unui copil ar încuraja și pe ceilalți. În această idee, crearea de grădinițe și școli speciale pentru copii strabici și ambliopi sînt binevenite.

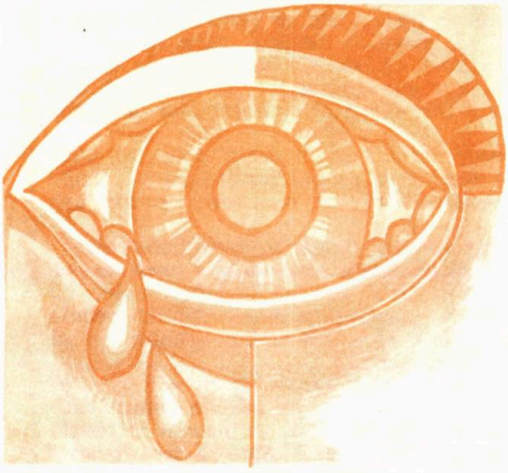
În ceea ce privește strabismul adultului, trebuie menționat că unele cazuri sînt neglijate din copilărie, iar altele sînt consecința unor afecțiuni oculare care au dus la pierderea vederii ochiului deviat sau au apărut în urma paraliziilor oculomotorii.

Rezolvarea lor se poate pune mai mult din punct de vedere estetic decît funcțional, dar și atunci se va face cu discernămînt, analizîndu-se fiecare caz în parte.

Dr. I. BĂNACU
Spitalul Militar Central, București

GLAUCOMUL

DR. CICERONE CRISTEA
Spitalul clinic de oftalmologie, București



Studiul glaucomului, numit în popor și apă neagră, prezintă o importanță deosebită, deoarece, împreună cu traumatismele globului ocular, constituie astăzi prima cauză de orbire. Datorită creșterii nivelului igienico-sanitar al populației, trahomul și oftalmia blenoragică, care ocupau primul loc printre cauzele de orbire înaintea celui de-al doilea război mondial, în prezent sînt eradicate.

Se vorbește de glaucom ori de cîte ori tensiunea intraoculară depășește limitele sale normale.

Globul ocular se prezintă ca o sferă, al cărei conținut este ocupat în cea mai mare parte de formațiuni solide și lichide. Lichidele din interiorul globului ocular au o anumită tensiune, cuprinsă între 10 și 22 mm de mercur peste presiunea atmosferică normală (760 mm de mercur).

Tensiunea intraoculară se poate măsura digital. Cele două degete arătătoare se aplică pe pleoapa superioară, bolnavul privind în jos, și se exercită o presiune alternînd degetele, pentru a cerceta fluctuența conținutului globului ocular. În acest fel ne putem da seama de modificări de tensiune mare. Tensiunea intraoculară se măsoară însă mai exact cu aparate speciale, numite tonometre. Ea trebuie măsurată de mai multe ori în cursul zilei, deoarece prezintă variații ; în mod normal, tensiunea este mai ridicată dimineața.

Creșterea presiunii intraoculare peste limitele sale fiziologice are repercusiuni asupra nervului optic, ducînd în final la pierderea ireversibilă a vederii.

Cînd cauzele creșterii tensiunii intraoculare sînt cunoscute și ea se datorește unei alte afecțiuni oculare, se vorbește de glaucom secundar, iar în celelalte cazuri glaucomul este primar sau esențial.

Glaucomul primar este totdeauna bilateral, chiar dacă există un interval de timp între începutul bolii la cei doi ochi. În general, această afecțiune se constată mai ales la oamenii vîrstnici, cu excepția *glaucomului congenital* sau *infantil*, care se poate manifesta în primele luni după naștere sau ceva mai tîrziu.

Cînd afecțiunea este prezentă în primele luni după naștere, tabloul clinic este dominat de dimensiunile adesea monstruoase ale globului ocular, de unde și numele dat afecțiunii de buftalmie (ochi de bou). Acest simptom se datorește faptului că învelișul sclerocornean al copilului, avînd o rezistență mai mică, se destinde sub acțiunea tensiunii intraoculare crescute și astfel globul ocular își mărește volumul. Cauza o constituie prezența unor resturi embrionare în unghiul camerei anterioare a globului ocular.

Tratamentul glaucomului congenital este numai chirurgical și acesta trebuie făcut cît mai devreme posibil, înainte de degradarea morfologică și funcțională a globului ocular. De aceea, medicii pediatri și familia ori de cîte ori sesizează la copii creșterea în dimensiune a corneei — „ochi mari", „frumoși" — trebuie să îndrume copilul la specialist, pentru precizarea diagnosticului.

Dar glaucomul congenital se poate manifesta și mai tîrziu ; este așa-zisul glaucom congenital tardiv, numit adesea și glaucom juvenil, în care dimensiunile globului ocular sînt nemodificate, iar afecțiunea evoluează ca un glaucom cronic simplu.

Dar cel mai frecvent întîlnim *glaucomul primitiv al adultului*, care poate fi acut sau

cronic. *Forma acută* sau atacul de glaucom se întîlneşte mai frecvent la femei, apare brusc în plină sănătate, fără nici o cauză aparentă, alteori apare după o supărare sau după administrarea unor medicamente care conţin atropină. Se manifestă brutal, cu dureri oculare insuportabile, scăderea pronunţată a vederii, lăcrimare, ochi congestionaţi, pleoape edematiate, însoţite de fenomene generale ca : cefalee, greaţă, vărsături. Din cauza acestor simptome, care de cele mai multe ori sînt pe primul plan, bolnavii respectivi sînt îndrumaţi la internist, neurolog, neurochirurg şi suspectaţi fie de intoxicaţii acute alimentare, fie de un proces tumoral intracranian.

Cauza atacului de glaucom o constituie blocarea brutală a unghiului camerei anterioare a globului ocular de către rădăcina irisului, împiedicînd scurgerea umorii apoase prin căile sale naturale. Boala reprezintă o urgenţă medico-chirurgicală, tratamentul fiind la început medical, pentru scoaterea bolnavului din atac (scăderea tensiunii intraoculare) şi apoi chirurgical, realizîndu-se comunicarea între camera anterioară şi camera posterioară a globului ocular.

Dacă bolnavul nu primeşte tratament adecvat în cîteva zile, de cele mai multe ori vederea este complet şi ireversibil pierdută. Rareori cedează spontan.

Referindu-ne la *glaucomul cronic*, este necesar să menţionăm că acesta poate îmbrăca două forme : glaucomul cronic congestiv, care este de fapt o formă de glaucom prin închiderea unghiului şi glaucomul cronic simplu sau glaucomul cu unghi deschis, forma cea mai des întîlnită.

În cazul *glaucomului cronic congestiv*, atragem atenţia că el poate apărea de la început ca atare sau ca o evoluţie a unui atac de glaucom incorect tratat. Bolnavii cu glaucom cronic congestiv prezintă următoarele simptome : înceţoşarea vederii, obiectele din jur apărînd ca învelite în fum, dureri de cap, dureri perioculare, cercuri colorate concentrice în jurul surselor luminoase seara.

Aceste tulburări vizuale durează una sau mai multe ore, accesul repetîndu-se peste cîteva zile sau mai tîrziu, în acelaşi mod. Fără tratament duce la pierderea vederii prin atrofie de nerv optic. Singurul tratament este chirurgical.

În cazul *glaucomului cronic simplu*, bolnavul se prezintă rareori la medic, acuzînd scădere trecătoare de vedere, cefalee, cercuri colorate sau curcubee în jurul surselor luminoase. De cele mai multe ori, afecţiunea este complet asimptomatică. Singurul semn obiectiv este creşterea tensiunii intraoculare şi bolnavii îşi dau seama cu totul întîmplător şi tîrziu, după ani de evoluţie, de dispariţia vederii la unul din ochi, în timp ce ochiul congener îşi are încă funcţiile păstrate, cu toate că la examen se constată şi la acest ochi leziuni organice importante. În general, boala este depistată de medic cu totul întîmplător, bolnavul prezentîndu-se pentru schimbarea ochelarilor sau pentru tulburări de vedere la citit.

La început, fundul de ochi este normal, dar în formele avansate de boală apare o escavaţie papilară, care duce la atrofia nervului optic şi la pierderea vederii. Modificările cîmpului vizual sînt foarte importante şi progresive.

În momentul cînd alterarea cîmpului vizual interesează şi punctul de fixaţie, vederea scade brusc.

Evoluţia bolii se face lent spre cecitate bilaterală, fără dureri şi fără alte fenomene, la început prin scăderea vederii periferice şi apoi a celei centrale, în fazele mai avansate.

Aşa cum arată şi numele, în această formă de glaucom unghiul camerei anterioare a ochiului este deschis, sediul obstacolului fiind la nivelul trabeculului (formaţiune anatomică care asigură filtrarea umorii apoase din globul ocular).

Dacă tratamentul este aplicat la timp şi corect, evoluţia gravă a bolii poate fi oprită sau mult încetinită. Atragem atenţia că tratamentul este condus numai de medic şi se face sub stricta sa supraveghere, pentru a depista la timp orice agravare a bolii şi pentru a putea schimba medicaţia la nevoie.

În cazul în care tratamentul medicamentos corect aplicat nu normalizează tensiunea intraoculară, se va recurge la intervenţie chirurgicală, care urmăreşte crearea unei noi căi de drenaj a umorii apoase din glob.

În cele menţionate la început am amintit că glaucomul secundar este o formă particulară de glaucom, în care creşterea tensiunii intraoculare este secundară unor alte afecţiuni oculare. Printre aceste afecţiuni se numără : iridociclita, afecţiuni ale cristalinului, traumatismele oculare, leucoame corneene aderente, unele afecţiuni vasculare retiniene. Tratamentul glaucomului secundar presupune tratarea cau-

zei care a dus la creşterea tensiunii intraoculare.

Ultima fază de evoluţie a glaucomului, indiferent de forma sa clinică, o reprezintă *glaucomul absolut* şi se caracterizează prin dispariţia totală a vederii, uneori globul ocular devenind foarte dureros. Tratamentul acestei forme grave de glaucom vizează doar calmarea durerii, care îl chinuie pe bolnav, şi constă din antialgice şi la nevoie chiar enuclearea globului ocular.

Aşadar, din cele relatate am putut constata că glaucomul este o boală gravă, care ocupă astăzi primul loc printre cauzele de orbire. Depistat la timp şi tratat corect, sub stricta supraveghere medicală, se împiedică evoluţia sa inexorabilă spre orbire.

Deoarece se întîlneşte mai frecvent la persoanele în vîrstă, se recomandă prezentarea la specialist a tuturor acelora care au depăşit vîrsta de 40 de ani şi care prezintă înceţoşări de vedere trecătoare, cercuri colorate în jurul surselor luminoase, dureri oculare, ochi congestionaţi. Necesitatea unui examen periodic ocular constituie una din măsurile care se impun, deoarece — după cum am văzut — nedepistată la timp şi netratată corespunzător, această boală poate duce la cea mai gravă infirmitate a omului — pierderea celui mai preţios simţ, vederea.

CALEIDOSCOP OFTALMOLOGIC

PROF. DR. M. OLTEANU, dr. B. CÂRSTOCEA
Clinica de oftalmologie
Spitalul Militar Central, I.M.F. Bucureşti

O statistică recentă a Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii arată că în lume există peste 40 de milioane de orbi, adică 1% din populaţia planetei, victime în primul rînd ale trahomului, oncocercozei şi malnutriţiei ; de aceea, Organizaţia Mondială a Sănătăţii a iniţiat un energic program de combatere şi de prevenire a orbirii, program care este transpus în prezent în practică.

În anul 1980 au fost efectuate noi operaţii de keratoprotezare (implantare de cornee artificială) la bolnavii cu arsuri grave ale ochiului sau în alte afecţiuni ca : xeroză, traumatisme grave oculare, anomalii etc. În Clinica oftalmologică a Spitalului Militar a început să se aplice keratoproteza originală de concepţie românească.

Pentru bolnavii purtători de ochelari cu dioptrii mari şi care necesită instilaţii oculare frecvente, opticienii au imaginat nişte ochelari în ale căror lentile există mici orificii pentru adaptarea sticluţelor picurătoare. Se înlesneşte o manevră destul de dificilă pentru bolnavul care, fără ochelari, nu vede sticluţa picurătoare de medicament.

Ocluzia (sau astuparea unui ochi) este o metodă aproape indispensabilă în tratamentul ambliopiei ; prejudecăţile îi determină însă pe unii părinţi să nu impună copiilor purtarea ocluzorului. Specialiştii în strabism au imaginat ocluzia prin lentilă de contact opacă, înlăturînd astfel reticenţele de ordin estetic.

Păsările din familia Falconiformelor au acuitatea vizuală de 2,6 ori mai bună decît a omului sănătos şi aceasta datorită unei depresiuni sferice în foveea retiniană, depresiune ce acţionează ca o lentilă negativă a unui sistem telefoto.

Lentilele Fresnel, o „noutate" care datează de peste 40 de ani, revin în actualitate prin avantajele mari pe care le prezintă : cîmp vizual mare la număr de dioptrii crescut, greutate redusă datorită atît subţirimii, cît şi materialului de masă plastică.

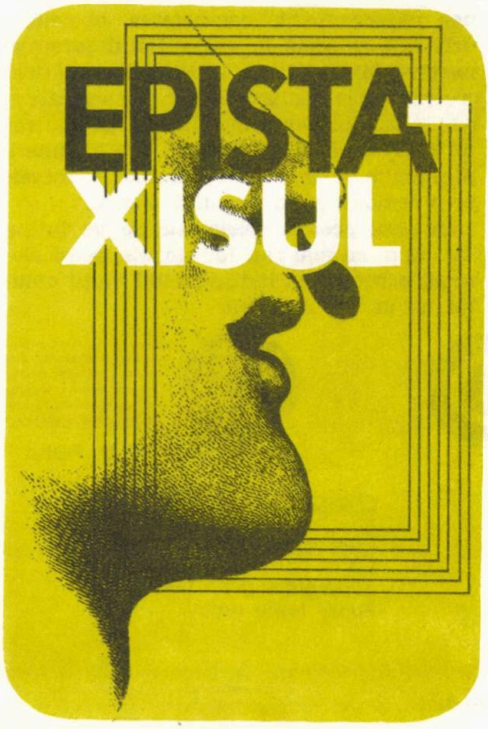
După cum am mai semnalat, implantul de cristalin artificial a cîştigat un teren tot mai larg ; numai în SUA există pînă în prezent peste 50 000 de purtători de cristalin artificial. În ţara noastră, acest procedeu a devenit o operaţie curentă.

Cînd operăm cataracta congenitală ? Contrar părerii specialiştilor americani, care recomandă operaţia în primele zile de viaţă, doi mari specialişti francezi apreciază ca optimă vîrsta de 8—12 luni (şi aceasta numai pentru cataractele bilaterale). În Clinica oftalmologică a Spitalului Militar, cataracta congenitală se operează în primele zile după naştere, sub anestezie generală.
Dacă preoperator pupila se dilată cu uşurinţă, se apreciază că operaţia este complet neriscantă.
De asemenea, în chirurgia cataractei a început să se folosească tot mai mult tehnica facoemulsificării cu ajutorul ultrasunetelor. Cavitronul (unicul aparat existent în ţară la Clinica de oftalmologie a Spitalului Militar) este un aparat modern şi extrem de costisitor, care dă rezultate bune numai în mîna unui specialist experimentat.

Electrocoaptarea plăgilor conjunctivale şi corneene, prin impulsuri electrice de 20 W, constituie metoda viitorului apropiat, ce pare că ar suplini cu succes sutura clasică.

Bolnavii de diabet prezintă capacitatea de adaptare la întuneric mai scăzută, aceasta fiind în funcţie de vechimea diabetului. Atenţie deci la conducerea automobilului în crepuscul sau noapte !

O nouă asociere medicamentoasă de mare eficacitate în tratamentul glaucomului : guanetidină + adrenalină (GANDA), în aplicaţii locale o dată pe zi.



CONF. DR. DOC. CORNELIA PĂUNESCU

Scurgerea sîngelui din nas sau epistaxisul este un fenomen care adesea sperie atît pe cel în cauză, cît şi pe cei din jur. Într-adevăr, deşi fără mare gravitate şi uşor de stăpînit dacă este tratat rapid şi corect, epistaxisul poate avea o serie de urmări nedorite sau cel puţin supărătoare, în cazul în care este neglijat.

De aceea, este necesară cunoaşterea cîtorva noţiuni privind cauzele, măsurile de prim ajutor şi de prevenire ale acestei afecţiuni.

Epistaxisul este favorizat de o bogată reţea vasculară a mucoasei nazale, iar cauzele pot fi atît locale, cît şi generale.

Printre cauzele locale, cele mai frecvente sînt :

— traumatismele accidentale (loviturile şi căderea pe nas, introducerea sau pătrunderea de corpi străini în nas, scărpinatul în nas etc.) şi traumatismele operatorii ;

— inflamaţiile (rinitele congestive, hemoragice sau ulceroase din bolile contagioase ale copilăriei sau din tuberculoza şi sifilisul nazal) ;

— tumorile (fibromul nazofaringian, polipul sîngerînd al septului nazal, sarcoamele etc.) ;

— unele anomalii vasculare.

Dintre cauzele generale, menţionăm :

— afluxul sanguin crescut din perioada pubertăţii şi a ciclului menstrual ;

— fragilitatea vasculară deosebită din bolile sîngelui (hemofilia, purpura etc.) ;

— unele boli infecţioase acute (gripa, scarlatina, difteria, febra tifoidă, meningita, pneumonia) ;

— hipertensiunea arterială şi ateroscleroza ;

— unele avitaminoze.

Dintre factorii favorizanţi ai producerii epistaxisului mai menţionăm : suflatul nasului prea violent, strănutul şi tusea, mesele prea copioase şi consumul abuziv de alcool, insolaţia.

Simptomul principal al epistaxisului este sîngerarea nazală, care, atunci cînd este mai abundentă sau de mai lungă durată, poate duce la anemierea întregului organism, manifestată prin : cefalee (dureri de cap), ameţeli, senzaţii de oboseală, capacitate de muncă redusă, receptivitate crescută faţă de infecţii etc. Consultînd specialistul, acesta va constata că fosele nazale sînt pline cu cheaguri de sînge şi, după eliminarea acestora, va depista locul de unde curge sîngele, care de cele mai multe ori este „pata vasculară", situată pe septul nazal.

Diagnosticul de epistaxis este în general uşor de precizat, cu excepţia cazurilor în care sîngele nu se scurge în afară prin narine, ci în faringe, prin orificiile posterioare ale foselor nazale (coanele). În aceste cazuri, sîngele este înghiţit, bolnavul neputînd să-şi dea seama că are o hemoragie nazală decît mult mai tîrziu, cînd starea lui generală este mult alterată, ajungînd pînă la lipotimie (leşin).

De aceea, este necesar ca, ori de cîte ori se constată sau se bănuie că s-a produs un epistaxis, să se ia măsuri de urgenţă.

Primul ajutor în epistaxis constă în aşezarea bolnavului pe un scaun, cu capul uşor aplecat înainte, deasupra unui vas, pentru a se putea controla cantitatea de sînge pierdută (este total contraindicat culcatul sau poziţia cu capul dat pe spate, aşa cum adesea obişnuiesc să procedeze cei neştiutori). Bolnavul va fi ţinut într-o cameră nu prea încălzită, bine aerisită şi cu cît mai puţine persoane în jur. Dacă sîngerarea este redusă, ea se va opri prin simpla „compresiune digitală", efectuată prin apăsarea cu policele (degetul mare) pe narina de partea de unde curge sîngele.

În urma acestor măsuri, indiferent dacă sîngele s-a oprit sau nu, bolnavul se va adresa medicului otorinolaringolog, care, pe baza unui examen clinic și de laborator amănunțit, va stabili cauza și natura epistaxisului, aplicînd totodată și tratamentul adecvat.

Pentru prevenirea epistaxisului și a stării de anemie consecutivă, cu toate neplăcerile ei, este necesar să respectăm cîteva măsuri, printre care demne de reținut sînt următoarele : evitarea loviturilor pe regiunea nazocraniană, combaterea obiceiului urît de a se scobi în nas, suflatul corect al nasului, fără violență, atenție în pregătirea preoperatorie a intervențiilor chirurgicale pe nas și în efectuarea îngrijirilor postoperatorii, evitarea supraîncălzirii și a expunerii prelungite la soare, renunțarea la mesele prea copioase și la abuzul de alcool.

În felul acesta, epistaxisul se va întîlni din ce în ce mai rar, iar sîngele, acest element neprețuit și indispensabil vieții omului, nu va mai fi risipit.

UMOR în buline

V. D. POPA

NEDUMERIRE

Cer de la veterinari,
Să-mi arate explicit :
Șarpele cu ochelari
E miop sau doar presbit ?

CONSECINȚĂ

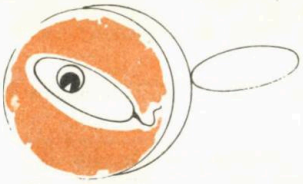
Cînd nu ești deloc sever,
Chiar cu tine, într-o zi,
Sănătatea, și de fier,
Poate lesne rugini.

ATENȚIE

Bolnavii (cei cu maniere)
Pot, infirmierelor drăguțe,
Un braț de flori să le ofere,
Desigur, fără „părăluțe".

CONSTATARE

Microbii, bată-i vina,
Ne spune medicina,
Or fi invizibili,
Nu și invincibili.



REZOLVARE

I-au prescris băi de lumină
Niște medici stagiari.
De atunci, casa-i e plină
Cu diverse becuri mari.

REFUGIU

Medicul i-a spus : — Scăparea
E să lași complet țigarea !...
El, ascultător, în pripă,
S-a reprofilat pe pipă.

FRICĂ

Din ziua cînd a fost mușcat
În parc, de cîinele turbat,
El și friptura cu mujdei
Refuză, că are cățel.

PRECEPT

La guturai există
Un sfat și nu-l recuz.
Strănută în batistă,
Nu în autobuz !

CURĂ

Leneșul, știe oricare,
Este individul care,
Fără a i se prescrie,
Face somnoterapie.

ADJUVANT

Vrînd s-ajungă un om mare
(Doar atît îl preocupă)
Se privește, ca atare,
În oglindă, cu o lupă.

MALADIE

Ştiu pînă şi copiii
Că, veşnic, chiulangiii
Cunosc cu toţi o boală :
Scutirea medicală.

SEMNIFICAŢIE

După amicul Firfirică,
La muncă poreclit „Chiulici",
Odihna activă este, cică,
Să stea degeaba la servici.

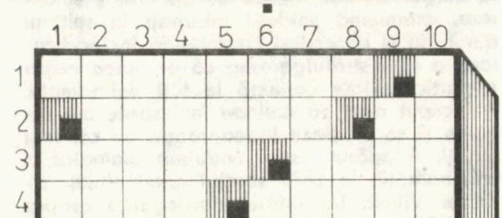
DEOSEBIRE

Ţin s-o spun, în mod ironic,
La adresa ştiu eu cui :
Nu-i totuna vinul tonic
Cu „Puterea ursului".

ÎNTREBARE

Mereu întreabă pe părinţi
Cînd vine timpul să se spele :
— Cum ? Periuţele de dinţi
Se folosesc şi la măsele ?

Copiii — bucuria vieţii



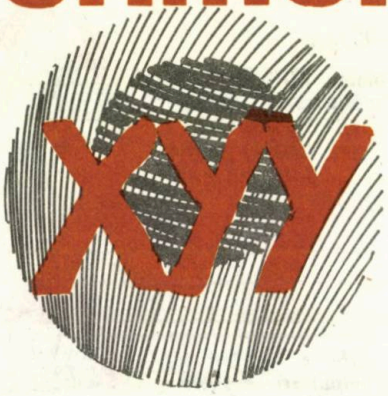
ORIZONTAL : **1.** Cel mai venerat poet al nostru (1850—1889), autorul versurilor : „Unde eşti copilărie, cu pădurea ta cu tot...". **2.** Genial orfeu moldav (1881—1955), cel care „a îngenuncheat zimbrii de sunet cu arcuşul", autor al unor „Impresii din copilărie" — Cap de copil ! **3.** „...copilăriei", volum de Ionel Teodoreanu — În Bucureşti există unul al copilului. **4.** Rîu în U.R.S.S. — Pictor român (1852—1934), realizator al unui tablou reprezentînd un „Cap de copil". **5.** Primii şapte sînt cei mai importanţi pentru educaţia copilului — „Copilul minune" al gimnasticii româneşti şi mondiale. **6.** Scrie nepoţi ! — Capul familiei ! — Sport naţional. **7.** Personaj din piesa „Atenţiune, copii !" de Lucia Demetrius — Golaş pe margini ! **8.** Pripăşit — Plantă comestibilă. **9.** Repriză — Moşul care adoarme copiii. **10.** Autorul (1902—1956) romanului „Copilăria unui netrebnic" (Ion).

VERTICAL : **1.** Poet român contemporan, autor al poeziei „Cînd rîd copiii" — „...tata doi băieţi", carte scrisă de Octav Pancu-Iaşi. **2.** Autoarea volumelor pentru copii „Catargul cu două corăbii" şi „Bobinocarii" (Gabriela). **3.** „...de copil", roman de Edmondo de Amicis (pl.). — Copilaş. **4.** Categorică — Fief. **5.** Rîu în Spania — Munte în Pakistan. **6.** Sec ! — Merge de două ori la mama ! — De bună credinţă. **7.** Copil înaripat ce săgetează inimile îndrăgostiţilor — Necugetat ! **8.** Se evidenţiază în muzică (pl.) — Zăpadă. **9.** „Homerul poporului român" (1837—1889), autor al unor binecunoscute „Amintiri din copilărie". **10.** O fată — Sever.

Dicţionar : TIMA, ESA, NAFA.

ADAM STOICA

cromozomul crimei



Ați auzit de Lombroso?

Cu puțini ani în urmă, teoria determinismului biologic a cunoscut o surprinzătoare revenire „la modă". Oamenii de știință au fost preocupați să determine dacă un individ are un potențial criminal sau o predispoziție spre comiterea de delicte.

În 1864, un tînăr necunoscut, Cesare Lombroso (1836–1909), admis ca medic adjunct la corpul sanitar militar al armatei piemonteze, examinînd soldații internați în spitalul din Turin și observînd caracterele lor particulare, a avut străfulgerarea că ar putea exista o particularitate comună la toți delincvenții. A început apoi să colinde închisorile din regiune și să studieze îndeaproape pe cei mai înrăiți. A apărut astfel noțiunea biologică a criminalității. În 1871 studiul criminalului calabrez Villela i-a întărit convingerea asupra justeței ipotezei sale. A urmat o activitate laborioasă, concretizată în disecarea a 383 de creiere de criminali, pentru a dovedi stigmatele biologice și ereditare care stau la originea crimei. Rezultatul teoriei și cercetărilor sale avea să vadă lumina tiparului în lucrarea rămasă celebră : „Uomo criminale" (1876). În concluzie, Lombroso a avansat ideea, potrivit căreia criminalul este purtătorul unor caracteristici care îl deosebesc de ceilalți oameni. Dar, în realitate, el nu a făcut decît să reia o teorie mai veche, aparținînd lui Franz Iosef Gall (1758–1828), medic german, inventatorul frenologiei, care afirma posibilitatea studierii caracterului omenesc și a valorilor intelectuale ale individului în funcție de conformația craniului. Lombroso a prezentat însă, într-o formă oarecum modernizată, teoria lui Gall, aplicînd-o la indivizii cu tare patologice. Cert este că teoria nu poate fi contestată, ea jucînd un rol pozitiv la vremea respectivă, prin faptul că a reușit să imprime un impuls științelor cu astfel de preocupări. Dar, legat de ideile lui Gall și Lombroso, nu putem trece cu vederea faptul că în zilele noastre, pseudosavanții din cel de al III-lea Reich, folosind victimele internate în lagărele de exterminare, au căutat să justifice teoria superiorității rasei germanice.

Chiar și în societatea capitalistă au existat oameni care și-au dat seama de absurditatea tezei determinismului biologic. Dar să dăm cuvîntul lui Alexis Carel, autorul cunoscutei cărți „Omul, ființă necunoscută" : „majoritatea criminalilor nu sînt în pușcărie... criminalul înnăscut al lui Lombroso nu există...".

Intră în scenă cromozomii

Fiecare ființă umană, după cum știm, se dezvoltă, avînd la origine o singură celulă, și anume ovulul fecundat. Această celulă, comparativ cu altele, atinge dimensiuni impresionante : 0,08 milimetri, fiind vizibilă cu ochiul liber. Remarcabil este faptul că această celulă posedă înmagazinată în ea întreaga zestre biologică, la care și-au adus contribuția toți străbunii noștri.

Cercetările au demonstrat că o mare parte din moștenirea preluată de la înaintași se găsește localizată în nucleul central al celulei, și anume în acele particule, cunoscute sub numele de cromozomi.

Este știut că fiecare celulă a organismului uman posedă un număr de 46 de cromozomi sau, mai bine zis, 23 de perechi de cromozomi. Dintre acestea, 22 de perechi sînt identice atît la bărbat, cît și la femeie și doar cea de a 23-a pereche este cea care determină sexul. În concluzie, un bărbat posedă un cromozom X și unul Y (deci XY), în timp ce femeia dispune de doi cromozomi X (deci XX).

Totalitatea celor 46 de cromozomi formează cariotipul normal uman și în aceștia se găsesc factorii genetici, care vor imprima direcțiile de dezvoltare ale ființei umane din celula originară.

O constatare surprinzătoare

Dr. Patricia Jacobs a avut o idee neobișnuită : în anul 1965 a efectuat examenul genetic la un număr de 197 de deținuți, aparținînd închisorii din Edinburg. Rezultatele au evidențiat faptul că șapte dintre ei erau purtători ai unei surprinzătoare anomalii cromozomice. În loc să dispună, ca fiecare bărbat, de un singur cromozom Y propriu sexului masculin, acești șapte indivizi aveau un Y suplimentar.

Cu alte cuvinte, pe cartea lor de identitate genetică figura la cea de a 23-a pereche a cromozomilor „XYY", în loc de „XY".

Dr. Patricia Jacobs s-a grăbit să tragă concluzia că această anomalie se întîlnește mai frecvent în închisori, indivizii respectivi fiind predestinați genetic crimei, cu alte cuvinte ar fi criminali înnăscuți. Și astfel „YY" a fost denumit „cromozomul crimei".

Apărarea are cuvîntul

Noua teorie nici nu a fost verificată științific și a și fost adoptată de cercuri largi, cunoscînd o adevărată vogă. Astfel, în diferite țări din Europa Occidentală, America de Nord și Australia, în anumite procese penale au fost consultați geneticienii în vederea determinării la acuzați a existenței cromozomilor „XYY". Aceasta servea apărării, ca un motiv „științific" de ultimă oră, pentru a pleda în favoarea achitării celor în cauză sau pentru a reduce la minimum pedeapsa.

În acest timp, opinia publică și marea majoritate a oamenilor de știință au luat atitudine și nu au fost de acord cu clemența față de criminalii care prezentau anomalii genetice, deși rolul lor nu era încă elucidat. Aceasta, cu atît mai mult cu cît geneticienii și criminologii știau că cea mai mare parte a delincvenților, deși prezintă anomalii din punct de vedere genetic, posedînd un cromozom în plus sau în minus, au totuși comportări perfect normale.

A urmat apoi șirul proceselor, în care a fost invocat cromozomul crimei.

Cobai umani

În mintea unor geneticieni occidentali s-a născut ideea că ar fi suficient să se identifice „cromozomul crimei" îndată după naștere, pentru ca indivizii în cauză să fie puși sub supraveghere. Această idee, aparținînd unor „respectabili" geneticieni ai Universității Harvard a fost pusă în practică, cerînd la mai multe maternități americane să le procure 40 de nou-născuți purtători de „YY", pe care au început să-i supravegheze.

Această afacere cu „cobaii umani" a scandalizat opinia publică, deoarece etichetînd cu „cromozomul crimei" pe acești copii, îi traumatizau pe toată viața, considerîndu-i criminali, deși nimic nu proba că „YY" ar fi sinonim cu crima. Ei aduceau în sprijinul afirmațiilor lor rezultatele obținute pînă în prezent : purtătorii de „YY" nu au fost găsiți doar în închisori și azile !

– Doctore, ești un „dulce" !...
– Oi fi, dar dumneata ai diabet și trebuie să te ferești...

„Cromozomul crimei" — o ficțiune

Problema „cromozomului crimei" a continuat să preocupe pe oamenii de știință, fiind efectuate în acest scop cercetări tot mai laborioase. Dar rezultatul nu s-a lăsat mult așteptat : 31 436 de subiecți din Danemarca au infirmat ipoteza existenței acestor cromozomi, capabili să ducă la reînvierea școlii pozitiviste. Primele date au fost publicate de revista americană „Science", într-un articol care prezenta concluzia unei anchete fără precedent în analele genetice.

Doctorii Herman Witkin de la Universitatea din Princeton și Sarnoff Mednick de la Universitatea din Copenhaga au hotărît ca experimentul să aibă loc în Danemarca. Pentru operațiunea „YY", guvernul american s-a angajat să finanțeze 310 000 de dolari în 5 ani, iar guvernul danez să furnizeze „materialul uman" : toți oamenii născuți la Copenhaga, între 1 ianuarie 1944 și 31 decembrie 1947, în total : 31 436.

Ancheta a demarat la 20 noiembrie 1971. Marele cotidian „Politiken" a publicat un titlu pe șapte coloane : «O anchetă pentru a verifica dacă este adevărat că un om dintr-o mie posedă „cromozomul crimei"». Radioul și televiziunea, la rîndul lor, difuzau informația.

Abia la 2 mai 1972 a apărut primul „YY". Sfîrșitul anchetei, care a avut loc la 20 ianuarie 1974, a totalizat un număr de 12 „YY".

Cine sînt acești oameni ? Criminali ? A fost necesar să se răscolească arhivele Ministerului de justiție, să se efectueze 20 de teste a cîte 15 ore în medie pentru fiecare din subiecții care au prezentat o anomalie, vis-a-vis de un grup martor. Aceasta a însemnat noi ani de muncă asiduă.

Rezultatul a fost următorul : din cei 12 „YY" descoperiți, doar 5 au avut de-a face cu justiția. Pentru crime ? Nu ! Pentru delicte minore, însă nici unul nu a fost închis sau reținut.

Pentru echipa doctorului Mednick, aceste rezultate indică într-un mod indiscutabil că „cromozomul crimei" nu există. Cifrele statistice permit chiar să se afirme că cei cu „YY" nu comit mai multe delicte decît indivizii care nu au decît un singur „Y" în cromozomii lor.

Pentru echipa din Copenhaga, mitul „cromozomului crimei" a murit. Aceasta a fost o decepție amară pentru toți cei care au sperat că se poate depista științific criminalul și implicit cheia problemei violenței.

PAUL ȘTEFĂNESCU

Încă din secolul trecut, o serie de observații deosebit de interesante au sugerat existența în organism a unor substanțe capabile să-l modeleze, să-l apere împotriva agresiunilor de tot felul, veghind permanent la menținerea echilibrului fizic și psihic al individului. S-a constatat, de exemplu, că masculii castrați se îngrășau, pierdeau virilitatea și alte prerogative ale masculinității, că extirparea pancreasului provoca boala numită diabet și că în absența glandei tiroide, procesele vitale din organism se încetineau, apărînd manifestări ciudate, cunoscute ulterior sub denumirea de boală mixedematoasă. Toate aceste perturbări dispăreau sau puteau fi prevenite dacă se administra un extract din glanda respectivă. Acestea au fost începuturile unei noi științe medicale, știința hormonilor sau endocrinologia. În prezent, natura secreției glandulare și rolul lor în organism nu mai constituie un mister. Cunoașterea componenței chimice a hormonilor a însemnat un uriaș pas înainte, deschizînd calea hormonilor sintetici. Surprinzătoare a fost și descoperirea recentă a unor hormoni, formați în afara glandelor endocrine clasice, și anume în tubul digestiv : secretina, gastrina și colecistokinina.

Ca urmare a introducerii tehnicilor de laborator radioimunochimice, a fost posibilă detectarea în sînge, urină și țesuturi, a hormonilor și a derivaților acestora, ajungîndu-se la determinări de mare finețe de ordinul milionimilor sau a miliardei părți dintr-un miligram (nanograme și picograme). Posibilitatea urmăririi „aventurii" hormonului de la formare și pînă la eliminarea sa din organism a marcat un punct culminant în știința hormonilor.

Sintetizați în glande cu structuri bine definite, hormonii sînt „vărsați" în curentul sanguin, pe măsura cerințelor organismului. Majoritatea lor străbat două site : cea a ficatului, care îi transformă, metabolizîndu-i, și cea a rinichiului, care îi elimină în urină. Înainte de a fi excretați, hormonii vehiculați de sînge străbat toate țesuturile și sînt reținuți în mod selectiv de anumite organe sau țesuturi hormonal dependente. Este firesc să ne întrebăm : cum poate celula să recunoască și să rețină hormonul de care are trebuință ? Răspunsul este simplu : cu ajutorul unei molecule proteice, aflate în interiorul celulei, numită *receptor*. Caracteristica receptorului este marea sa afinitate pentru un anume hormon, de care se leagă strîns în vederea transportării lui la nucleul celulei. Aici declanșează o serie de procese (creștere, secreție etc.), caracteristice țesutului. Cunoscînd teoria receptorilor, oamenii de știință au știut să tragă mari foloase cu implicații terapeutice. Ei au creat în laboratoare substanțe, care intrînd în competiție cu hormonul, la nivelul receptorilor celulari, îl înlocuiește pe acesta, împiedicîndu-l să-și exercite acțiunea specifică. Așa

au luat naștere antagoniștii hormonali, care au drept scop contracararea efectelor nedorite ale unor hormoni. În prezent, deși încă în studiu, substanțele antagoniste reținatenția cercetătorilor, avînd o tot mai largă aplicabilitate (în carcinomul de sîn, în cancerul de prostată etc.).

După cum am menționat, datorită cunoașterii structurii intime a hormonilor, a fost posibilă reconstituirea lor în laborator. În decursul anilor a apărut o mare varietate de produse hormonale sintetice, cu efecte asemănătoare hormonilor naturali. Prin modificări aparent neînsemnate ca, de exemplu, înlocuirea unui atom cu altul sau adăugarea ori scoaterea unui atom, s-au obținut, după dorință, preparate avînd numai unele din proprietățile hormonului. Hormonii sintetici au aplicații în cele mai variate domenii ale medicinii. Ei prezintă avantajul procurării rapide, fiind la îndemîna oricui. Mulți își mai amintesc, poate, de perioada în care o injecție de cortizon, „medicamentul miraculos", costa o avere, hormonul fiind extras cu greutate din suprarenalele animalelor. Nu a fost încă posibilă pînă în prezent prepararea sintetică a unor hormoni cu moleculă mare ca : insulina, hormonul de creștere și hormonii gonadotropi, care și acum se mai obțin din produsele naturale (din glanda care-i secretă sau cei gonadotropi, din urina de femeie gravidă sau din urina de femeie la menopauză).

În funcție de compoziția chimică, se disting două mari grupe de hormoni, și anume : *hormonii steroizi* și *hormonii peptidici*. *Hormonii steroizi* sînt produșii de secreție ai glandelor suprarenale și ai glandelor reproducerii — ovare și testicule.

Glandele suprarenale secretă o varietate de hormoni steroizi, cei mai importanți fiind cortizolul și cortizonul, indispensabili menținerii vieții. Se apreciază că producția zilnică de cortizol este de 15—30 mg. Există două acțiuni principale ale hormonilor steroizi în organism : unii, mineralocorticoizii, reprezentați prin corticosteron și aldosteron, rețin apa și sarea, iar glucocorticoizii, reprezentați prin cortizol și cortizon, cresc nivelul glicemiei. Insuficiența suprarenală cronică (boala Addison) duce la pierderea importantă a greutății, oboseală extremă, adinamie, hipotensiune, lipsa apetitului, pigmentarea pielii și a mucoaselor. În cazul tumorilor suprarenale, excesul de corticoizi generează sindromul Cushing, afecțiune severă, cu următoarele simptome : topirea musculaturii, atrofierea pielii, decalcifierea oaselor cu osteoporoză severă a coloanei vertebrale, hipertensiune și diabet. În afara indicațiilor pe care le au în afecțiunile glandelor suprarenale, corticoizii au și alte întrebuințări în medicină. Avînd acțiune antiinflamatorie, analgezică și antialergică, sînt administrați, cu rezultate bune, în poliartrita reumatoidă, în edemul cerebral, în nefroze, în șocul chirurgical sau traumatic, în stări alergice ca bronșite astmatiforme etc., în colita ulceroasă, în afecțiuni dermatologice (psoriazis, pemfigus, eczeme) sau în tratamentul local al unor inflamații oculare. În prezent, există o gamă largă de corticoizi sintetici cu acțiune predominantă asupra metabolismului apei și al sărurilor sau asupra celui glucidic. Așadar, steroizii suprarenali sînt binefăcători într-un mare număr de afecțiuni. Nu trebuie uitat însă că administrarea lor în doze foarte mari și pe termen lung prezintă mari riscuri, din care menționăm : ulcer gastric cu iminență de perforare, precum și alte tulburări care evocă boala Cushing : hipertensiune, osteoporoză, atrofie musculară, diabet, tulburări psihice, dependență hormonală etc.

Din categoria hormonilor steroizi fac parte și hormonii sexuali, și anume hormonii masculini, numiți și hormoni androgeni, precum și hormonii feminini — estrogenii și progesteronul.

Prototipul hormonilor androgeni este testosteronul, dealtfel și cel mai activ dintre hormonii androgeni. Rolul principal al testosteronului este de a forma și matura organele genitale : penis, testicule, prostată. În plus, dezvoltă musculatura, scheletul, accelerînd la pubertate procesul de osificare, îngroașă vocea, plantează părul pe față și corp, erotizează individul, determinînd comportarea sexuală a acestuia. Testosteronul nu este numai hormonul sexualității și al fertilității, așa după cum se consideră în mod eronat. El are efect tonifiant asupra sistemului nervos, fiind util în stări depresive. De asemenea, este recomandat în afecțiuni renale grave, în consolidarea fracturilor, în osteoporoză, în asociere cu hormonii estrogeni. Testosteronul are indicații și în carcinomul de sîn la femeie.

Aplicarea nejudicioasă a hormonilor androgeni poate accelera evoluția carcinomului de prostată la vîrstnici, iar la copii dozele mari pot opri creșterea în înălțime. Pentru cazurile în care hormonii androgeni au produs unele efecte neplăcute, cum ar fi : acneea, părul excesiv pe față și pe corp la femeie, precum și unele anomalii sexuale (homosexualitatea), au fost sintetizate și preparate antiandrogene, cu scopul de a contracara aceste efecte.

Hormonii feminini sînt reprezentați de estrogeni și progesteron. Spre deosebire de alți hormoni, producția zilnică de estrogeni este mică, variind între 30 și 400 micrograme, în funcție de ciclul menstrual. Acești hormoni sînt secretați de ovar, asigurînd fecunditatea, menținerea și dezvoltarea sarcinii. Ei sînt cei care dezvoltă uterul, vaginul, sînul și imprimă caracterele feminine corporale și psihice ale femeii. La pubertate inițiază modificările ciclice și accelerează procesul de osificare, fapt pentru care terapia estrogenă este indicată în combaterea creșterii excesive la fete. În ultimele decenii au fost sintetizați numeroși estrogeni sintetici, dar s-a reușit să se obțină și substanțe antiestrogenice, care sînt indicate, între altele, și în terapia carcinomului de sîn la femeie.

Hormonii estrogeni constituie terapia de substituție a insuficiențelor ovariene la fete și la femeie. S-au repurtat succese cu hormonii estrogeni și în modificările de vîrstă ale organelor genitale, în cazul valurilor de căldură, precum și al stărilor depresive din postmenopauză. Rezultate bune au fost constatate și în osteoporoza de vîrstă la femeie, în tendința la sîngerări capilare și în prevenirea aterosclerozei coronariene progresive.

Hormonii peptidici. Hormonii activi ai glandei tiroide sînt reprezentați de două substanțe bogate în iod : tiroxina sau T_4 (conține 65% iod) și triiodotironina sau T_3, ambele provenite din acidul aminat tirozina, care se găsește în brînză, de unde îi vine și numele (în greacă *tyros* înseamnă brînză). Lipsa hormonilor tiroidieni încetinește procesele vitale bazale ale organismului, producînd la copii oprirea creșterii și a dezvoltării intelectului. La adult se remarcă scăderea metabolismului bazal, rărirea pulsului, apatie, somnolență, senzație de frig, tegumente aspre. Excesul de hormoni tiroidieni produc hipertiroidia, care determină pierderi ponderale importante într-un timp scurt (10—20 kg), tremurături, nervozitate, insomnii, tahicardie, tulburări de ritm cardiac. Preparatele antitiroidiene de sinteză, care s-au elaborat în ultimele decenii, blochează sinteza hormonilor tiroidieni, glanda rămînînd activă.

Din grupa hormonilor peptidici fac parte și cei doi hormoni pancreatici — insulina și glucagonul. Pare ciudat faptul că ambii hormoni, care au efect antagonist, sînt secretați de aceeași glandă. Glucagonul crește glicemia, pe cînd insulina scade zahărul din sînge, pe care-l transportă la țesuturi (mușchiul inimii, mușchii scheletului, țesutul gras etc.), unde va fi utilizat ca material energetic, în scopuri fiziologice. Insulina își are indicația supremă în tratamentul diabetului și în prevenirea complicațiilor vasculare. În tratarea bolii metabolice sînt preferate preparate insulinice cu acțiune prelungită. Trebuie menționat faptul că dozele necontrolate pot provoca coma hipoglicemică. Dar, cum insulina nu se găsește decît sub formă injectabilă, cercetătorii s-au străduit ani de zile să găsească preparate eficace pe cale bucală. Din păcate însă, acțiunea lor este limitată, în sensul că ele scad glicemia, stimulînd rezerva de insulină din pancreas, dacă aceasta există. De aceea, sulfamidele antidiabetice au indicație majoră în diabetul apărut la vîrstnici ; în cel juvenil, se preferă insulina.

Am văzut că unii hormoni acționează, între altele, pe sistemul osos. Hormonul reprezentativ al metabolismului calciului cu acțiune directă pe oase este hormonul paratiroidian (PTH), secretat de glandele cu același nume, aflate în vecinătatea glandei tiroide. PTH crește conținutul calciului în sînge, ca urmare a resorbției crescute a acestuia în intestin, în rinichi și a mobilizării sale din oase. În schimb, scade concentrația fosforului în sînge. Tumorile glandelor paratiroide, cu exces de hormon paratiroidian, produc neurofibromatoza, boală severă, cu decalcifieri osoase și fracturi multiple. Pentru a împiedica distrugerea osului și a ajuta refacerea acestuia, așa cum se întîmplă în hipercalcemie (exces de calciu în sînge), se recurge la hormonul antagonist al PTH, cunoscut de mai puțin timp — calcitonina. Este de remarcat că acțiunea de creștere a calcemiei de către hormonul paratiroidian s-a dovedit a fi legată de vitamina D_3 sau colecalciferolul, substanță antirahitică, care ia naștere în

organismul uman sub influenţa binefăcătoare a razelor ultraviolete. Administrarea vitaminei D_3 este deci indicată în afecţiunile în care calciul este scăzut.

Majoritatea hormonilor amintiţi nu acţionează independent. În afara relaţiilor funcţionale dintre toate glandele, cei mai mulţi hormoni sînt subordonaţi secreţiilor hipofizei anterioare, glandă situată la baza creierului, care deţine funcţii de conducere. Astfel, hormonii hipofizari controlează permanent şi stimulează activitatea glandei tiroide (prin hormonul tireotrop), a ovarelor şi testiculelor (prin hormonii gonadotropi FSH, LH), a suprarenalelor (prin hormonul corticotrop). Mai există însă şi alţi hormoni hipofizari : hormonul de creştere, prolactina etc.

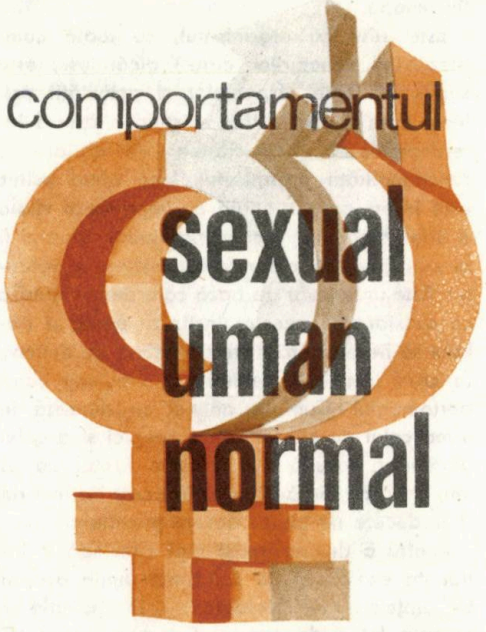
Poziţia hipofizei în sistemul nervos central nu este întîmplătoare. Cercetările din ultima vreme au descoperit substanţe secretate de neuronii cerebrali — neurohormoni — care, la rîndul lor, reglează funcţiile glandei hipofize. Avînd o formulă chimică foarte simplă, neurohormonii au putut fi sintetizaţi într-un timp relativ scurt, deschizîndu-se astfel perspective noi în terapia bolilor endocrine. Existenţa neurohormonilor explică dereglările endocrine provocate de stări conflictuale, supărări, şocuri psihice. Dar există afecţiuni endocrine ca hipertiroidia (boala Basedow), în care componenta nervoasă este hotărîtoare pentru declanşarea tulburărilor.

Acţiunile hormonilor s-au extins şi la nivelul celulelor creierului, făcîndu-şi apariţia neuroendocrinologia, ştiinţă care evocă relaţiile strînse dintre sistemul nervos şi sistemul endocrin.

Fără îndoială că vom asista în viitor la izolarea a noi şi noi substanţe secretate de celulele nervoase, deschizîndu-se astfel perspective largi în descifrarea mecanismului de apariţie a multor boli.

MADELEINE MĂICĂNESCU GEORGESCU
doctor în medicină

comportamentul sexual uman normal



DR. **OCTAVIAN IENIŞTEA**
medic primar neurolog

Deşi problematica pe care o ridică acest comportament a constituit o preocupare în toate timpurile, ea nu-şi va pierde niciodată actualitatea, datorită faptului că fiecare moment istoric din evoluţia societăţii, coincizînd cu o schimbare a lumii şi a concepţiilor despre lume şi despre viaţă, repune în discuţie multiplele aspecte ale antropologiei. Fiecare etapă istorică marchează o nouă modalitate de desfăşurare a eternei lupte dintre nou şi vechi. Din această ciocnire dialectică, odată cu saltul calitativ, apar şi unele exagerări care, deşi cu timpul se risipesc, aruncă o umbră asupra viitorului. Acelaşi fenomen s-a semnalat în ultimele decenii şi în domeniul sexualităţii, desfăşurîndu-se lupta dintre numeroasele „tabuuri" tradiţionale şi dorinţa de emancipare, îmbrăţişată în special de tineret, beneficiarul principal al oricărui progres. Dar, ca în oricare alt domeniu al vieţii şi activităţii umane, şi în acest caz au apărut exagerări şi devieri de la normal, care se cer a fi combătute, în primul rînd, printr-o *corectă informare a tuturor* — copii, adolescenţi, tineri, maturi. De aceea, primul pas în combaterea unor tendinţe nesănătoase trebuie să-l constituie informarea exactă, singura capabilă să elimine confuziile, opiniile false şi ezitările în alegerea deciziei şi a comportamentului adecvat.

Dintre tendinţele de alunecare către anormal, rezultat al unor exagerări în ceea ce priveşte reconsiderarea comportamentului sexual uman în lumina noilor condiţii de viaţă impuse omului contemporan, specialiştii din toate domeniile antropologiei semnalează, în ultimele decenii, pe acelea de *dezumanizare* şi de *devalorizare* ale acestui comportament, în sensul transformării lui exclusiv într-o sursă de plăceri, de unde şi profilarea riscului instaurării unei adevărate obsesii sexuale. O

astfel de mentalitate periculoasă denaturează în mod cert întreaga gîndire a omului, reflectîndu-se asupra întregii sale activități și, implicit, asupra relațiilor sale în societate. Iată de ce semnalul de alarmă dat de specialiști poate fi considerat ca binevenit, cu atît mai mult, cu cît în unele țări au și apărut apologeți ai unor astfel de tendințe, care, interesați să le întrețină, le-au alimentat cu toate mijloacele de care dispune moda „sexi", precum și cu așa-zisa literatură și pseudoartă „porno". Aceste mijloace care atițâ pornirile instinctuale, mai ales la adolescenți, insuficient de maturi pentru a-și controla pornirile și pentru a-și canaliza *singuri* uriașele energii de care dispun, au contribuit substanțial la extinderea tendințelor dezumanizante. Așa se explică de ce în unele țări, în numele emancipării, mulți tineri adoptă un libertinaj și un primitivism sexual, dedîndu-se la practici care nu au nimic comun cu un comportament uman. Dar dacă imaturitatea adolescenților ar putea fi invocată, pînă la un punct, ca o scuză a pornirilor necontrolate, adulților nu le pot fi admise astfel de comportări și atitudini premeditate, cu atît mai mult, cu cît exemplul lor negativ impulsionează pornirile tineretului, dînd naștere falsei impresii de firesc.

Și mai gravă este atitudinea unor părinți care, sub influența unor opinii încă destul de răspîndite ce susțin că nesatisfacerea sau amînarea satisfacerii acestui instinct compromite sănătatea mintală a tînărului, le încurajează, considerîndu-le ca reflectarea transformărilor lumii contemporane. Este evident că în spatele unor astfel de atitudini ale părinților se ascunde lipsa de informare, care face posibilă perpetuarea unor mentalități absurde. Tot lipsei de informare trebuie să-i fie atribuită și acea falsă pudoare în care sînt învăluite problemele sexualității, atitudine ce trădează confuzia dintre biologic și obscen. S-a înlocuit astfel un tabu impus de legile etice ale societății cu un tabu al satisfacerii curiozității legitime a copilului de a se cunoaște pe el însuși, de a-și cunoaște semenii și lumea în care trăiește. Tocmai această conduită permite copilului să mitizeze comportamentul sexual, să apeleze la surse de informare întîmplătoare sau de-a dreptul periculoase, pentru a-și satisface nestăvilita sa curiozitate. Așa își creează imagini false, deformate și fanteziste, iar cînd intuiește irealul, declanșează războiul împotriva falsei pudori, dar depășind uneori limitele alunecă pe panta lipsei de pudoare. Tot așa se explică și apariția unor comportări aberante, precum și renunțarea multor copii de a cere explicații părinților, mai ales dacă aceștia refuză sau le dau explicații fanteziste. Neinformați, copiii și adolescenții sînt expuși riscului compromiterii propriului viitor, golind de conținutul său uman sexualitatea, înregistrînd eșecuri sexuale prin inhibiție psihică, adoptînd comportamente anormale și subminîndu-și însăși temelia viitoarei lor familii.

Este momentul să fie subliniat faptul că *adevăratul comportament sexual uman normal suprapune componentei instinctuale, biologice, influența hotărîtoare a întregului psihism și, în special, a laturii sale afective.* Omiterea angajării integrale a psihismului în acest comportament reprezintă sursa cea mai importantă a atitudinilor greșite, care răpesc sexualității esențialul : componenta sa specific umană.

Este știut că organismul, cu toată complexitatea structurilor care-l alcătuiesc, este supus influenței aspectelor și activității psihice, între fizic și psihic existînd o strînsă interdependență. Capacitatea de dirijare a funcționalității organismului de către psihic este invers proporțională cu importanța vitală a diferitelor funcții, cele instinctuale putînd fi în mare măsură controlate conștient și voluntar. Este un adevăr de bază care demonstrează că satisfacerea acestor instincte poate și trebuie să fie educată, spre deosebire de animal, la care instinctul determină nemijlocit comportamentul. Cum la animal se situează în urma celui de conservare a speciei și a celui alimentar, rezultă cu claritate faptul că la om, privit ca ființă biologică, acest instinct de reproducere nu poate deveni prevalent.

Pentru a demonstra și mai convingător influența exercitată de psihismul uman asupra trebuințelor sale biologice — instinctuale — ne vom folosi de exemplul comportamentului alimentar. Este suficient să ne gîndim la importanța pe care o au preferințele individuale alimentare, la rolul pe care-l joacă modul de prezentare a alimentelor, ambianța și anturajul în determinismul apetitului și chiar al toleranței gastrice, pentru a înțelege că la om, nevoia de a recupera materialul energetic consumat prin intermediul aportului alimentar

a căpătat valențe specific umane. Devine astfel evident faptul că satisfacerea unei trebuințe, adică aceea de a fi sătul, nu se poate ridica în nici un caz la nivelul sentimentului de „mulțumire", generat de satisfacția de a fi luat masa într-un cadru specific uman și în compania unor persoane agreabile. Nu de puține ori desconsiderarea acestor factori psihologici conduce la apariția unor tulburări ale funcționării normale a organismului, care dau falsa impresie a unei îmbolnăviri organice.

Același lucru este valabil și în ceea ce privește comportamentul sexual uman, care, așa cum s-a subliniat, este și mai puternic dominat de psihic.

Ce mai poate rămîne din dorința profund umană de a fi unul cu obiectul dragostei, cu persoana îndrăgită, dacă totul s-ar reduce la o manifestare instinctuală pură ? În primul rînd, trebuie remarcat faptul că dorința și nu o necesitate biologică este aceea care precedă apropierea fizică. Or, a dori presupune prețuirea persoanei vizate în funcție de o scară valorică proprie, dar specific umană, care folosește drept criterii nu numai aspectul fizic, ci și pe cel caracterial, afectiv, etic și intelectual. Prețuirea, stima și încrederea germinează emoția pozitivă, care aprinde dorința stabilirii unei comuniuni pe planul sentimentelor, aspirațiilor și intențiilor, conturîndu-se astfel iubirea. Fără flacăra dragostei, totul se reduce la un comportament primitiv, instinctual, aidoma ca la orice animal. O atare atitudine corespunde cu surparea acelui piedestal care-l ridică pe om deasupra întregului regn animal și care însumează eforturile multimilenare ale predecesorilor omului pentru a putea fi urcat. Dezumanizarea acestui comportament înseamnă a nega substratul întregii creații artistice și literare, care a cîntat frumusețea dragostei și a elogiat forța, abnegația și curajul pe care iubirea le face să rodească în om, înseamnă a nega semnificația complexă a uneia dintre cele mai strălucite manifestări ale adevăratei omenii. Ce s-ar alege din trăinicia acestei legături și ce s-ar întîmpla cu familia, concretizarea reciprocității dragostei, a contopirii și a completării reciproce, a efortului de realizare a unor aspirații comune, cu forțe unite ? Ce s-ar întîmpla cu familia sub aspectul ei de celulă a societății și cum ar putea arăta o societate în care fiecare individ ar acționa în virtutea instinctelor? Este evident că a reduce comportamentul sexual uman la componenta sa instinctuală echivalează cu dezumanizarea și cu privarea puiului de om de întreaga sa zestre biologică, care cuprinde mesajul generațiilor anterioare, diferențiindu-l de puiul de animal.

Se știe că pentru a deveni om, cu toate atributele ce-l caracterizează, copilul are nevoie, înainte de toate, de căldura dragostei părinților săi, căldură ce-și are rădăcinile în bucuria materializării în copil a roadelor dragostei ce i-a unit.

Dacă copilul este cu adevărat întruchiparea unui comportament profund uman, de ce n-ar avea dreptul să afle, atît cît poate înțelege la vîrsta pe care o parcurge, istoria venirii sale pe lume? Cine-și imaginează că-i poate satisface curiozitatea lui legitimă cu povești fanteziste, ca aceea perimată cu barza, se înșală, pentru că, chiar dacă vîrsta la care se află în momentul respectiv nu-i permite să înțeleagă, el intuiește în mod cert faptul că este mințit. Numai spunîndu-i adevărul îi înlesnim să înțeleagă locul său în familie și rostul său în lume, netezindu-i lungul drum pe care-l are de parcurs pînă în clipa în care va face primii săi pași în societate, în deplină autonomie, și cînd va reproduce sublimul gest omenesc al dragostei, învățat de la părinți. Numai evitarea transformării într-un mister a realității evidente elimină posibilitatea dezinformării, cu toate riscurile ce decurg de aici, numai oferindu-i exemplul personal și educîndu-l în concordanță cu legile societății, părinții pot dezvolta la copilul lor puterea de a-și domina pornirile instinctuale, de a-și canaliza corespunzător energiile, garanție a echilibrului psihic și a bucuriei de a acționa în folosul său și al semenilor săi.

Cu alte cuvinte, adevărata acțiune de prevenire a devalorizării sexualității umane și a consecințelor nefaste ale dezumanizării acestui comportament se cere pornită din copilărie. Arma cea mai eficace este informarea, argumentul cel mai convingător este exemplul adulților și, în primul rînd, al părinților, iar tactica adecvată este veghea și strădania de a cultiva puterea de dominare a pornirilor instinctuale, toate laolaltă însemnînd a cultiva omenia.

afecțiuni care nu trebuie ignorate

Conf. dr. AL. BĂDĂNOIU
Clinica dermatologică
Facultatea de medicină, Craiova

Bolile transmisibile pe cale sexuală constituie o preocupare a medicinii contemporane, dată fiind frecvența cu care, din nefericire, sîntem confruntați în practica zilnică.

Pînă nu demult erau, prin excelență, cunoscute ca transmise pe cale sexuală sifilisul și blenoragia. În baza studiilor întreprinse de Organizația Mondială a Sănătății, Comitetul său de experți a statuat ca făcînd parte din această categorie și unele uretrite negonococice, șancrul moale, limfogranulomatoza inghinală benignă (boala Nicolas-Favre), unele candidoze genitale, precum și scabia și pediculoza, mai ales ftiriaza pubiană. Asupra transmiterii prin contact sexual a unor candidoze genitale s-au exprimat însă dubii.

De asemenea, în ceea ce privește scabia, nu se recunoaște ca „moment hotărîtor" al transmiterii sale contactul sexual, o asemenea circumstanță favorizînd numai trecerea parazitului de la persoana bolnavă la cea sănătoasă.

De la început trebuie menționat că *afecțiunile în cauză se transmit, practic, prin contactul direct cu o persoană bolnavă* și în special cu persoane necunoscute, întîlnite întîmplător sau avînd o moralitate îndoielnică.

Reiese de aici că măsurile cele mai eficace de prevenire constau, în esență, din evitarea tuturor acestor circumstanțe, care favorizează transmiterea bolii.

Dacă, din păcate, infecția sexuală transmisibilă s-a produs, manifestările ei vor fi diferite, în funcție de natura fiecărei boli în parte.

Astfel, *infecția sifilitică* începe să se manifeste la aproximativ 3 săptămîni de la contactul infectant, leziunea începătoare fiind *șancrul tare*, o rană situată pe organele genitale, dură la palpare și nedureroasă, de dimensiuni nu prea mari și care, după o săptămînă de evoluție, se întovărășește de mărirea de volum a ganglionilor inghinali.

Neglijată, boala continuă să se dezvolte în săptămînile și lunile următoare, survenind erupțiile de sifilis secundar, care constau din pete roșii, eroziuni și ulcerații localizate pe piele și pe mucoase, ca și căderea părului, dureri de cap etc.

Vrem să atragem atenția, cu această ocazie, asupra rolului nefast pe care-l are aplicarea pe leziunea (leziunile) genitală a pudrelor sau a pomezilor cu antibiotice, precum și administrarea intempestivă de antibiotice pe cale generală. În aceste condiții are loc „mascarea" bolii, care nu mai poate fi diagnosticată și tratată în timp util, cu toate implicațiile ce decurg de aici.

Perioada secundară a sifilisului durează doi ani, după care boala trece în perioada terțiară, caracterizată prin răni adînci, distructive, localizate pe piele sau pe organe. În cazurile nediagnosticate, și deci netratate, infecția sifilitică duce la complicații grave, microbii invadînd sistemul nervos.

În această situație, se poate ajunge la paralizii, la atacarea nervului optic cu orbire, a nervului acustic cu surzenie, precum și la o formă de adevărată nebunie, însoțită de acte de iresponsabilitate. Mai grav, mama cu astfel de leziuni poate să nască copii cu malformații.

Blenoragia (gonoreea sau uretrita gonococică) apare de obicei la 3 zile după contactul infectant și se traduce printr-o secreție uretrală, la început mucoasă, apoi purulentă, însoțită de usturimi la urinat. Deosebit de această simptomatologie obișnuită, s-a relatat și existența unor forme mai puțin „zgomotoase" de gonoree, cu secreție uretrală redusă și semne subiective diminuate ca intensitate.

La femei, gonoreea acută poate să treacă neobservată, datorită intensității reduse a semnelor subiective, boala evoluînd însă și determinînd îmbolnăviri ale organelor genitale interne, cum ar fi : metrite, anexite, salpingite etc., ce duc adesea la sterilitate.

Netratată, boala progresează şi spre vezica urinară. La bărbat, prin îmbolnăvirea prostatei, glandă aşezată în jurul canalului urinar, se poate ajunge în cîţiva ani la apariţia unui cancer al acestei glande.

Este cazul să semnalăm urmările nefaste ale „automedicaţiei", adică folosirea din proprie iniţiativă a unor antibiotice, de regulă în cantităţi insuficiente, care nu vindecă boala, ci, dimpotrivă, o transformă într-o formă latentă sau atenuată, predispunînd la complicaţii mai greu de tratat şi de vindecat.

Deosebit de infecţia gonococică, alte uretrite recunosc diverse cauze determinante, cum ar fi : infecţii cu microbi de felul stafilococului, enterococului, bacilului coli ; infecţii cu virusuri, cu paraziţi flagelaţi de tipul trichomonasului sau cu o ciupercă levuriformă — *Candida albicans.*

În asemenea împrejurări, atît simptomatologia subiectivă, cît şi cea obiectivă, sînt mai atenuate, în sensul unei secreţii uretrale nu prea abundente, iar usturimile şi tulburările la urinare sînt de intensitate scăzută.

Demn de reţinut este faptul că, în unele cazuri, inflamaţia şi implicit secreţia uretrală se poate perpetua chiar după efectuarea tratamentului corespunzător, datorită răului obicei al apăsării repetate a uretrei, pentru a vedea dacă mai există secreţia. Pe această cale, mucoasa uretrală este permanent traumatizată, întreţinîndu-se astfel o uretrită de cauză mecanică.

Şancrul moale, afecţiune considerată de aproximativ 3 decenii ca dispărută din patologia zonei noastre geografice, în anii din urmă a reapărut în Europa şi de aceea considerăm util a fi cunoscut. Este vorba de o infecţie cu streptobacilul Ducrey, manifestată ca o rană dureroasă, purulentă şi lipsită de indurație locală, localizată pe organele genitale şi (sau) în regiunea perigenitală.

La cîtva timp după apariţia şancrului, poate surveni şi o adenită supurativă, localizată de regulă în regiunea inghinală.

În aceeaşi ordine de idei, mai trebuie amintită *limfogranulomatoza inghinală benignă* sau *boala Nicolas-Favre.* Afecţiunea, provocată de o infecţie virală a cărei poartă de intrare este situată pe mucoasa genitală, are o evoluţie fugace, motiv pentru care rămîne adesea neobservată. Ea se caracterizează prin atingerea ganglionilor limfatici inghinocrurali. Aceştia se inflamează în bloc, pielea de deasupra fiind roşie şi tumefiată. Deoarece focarele ganglionare supurează, deschizîndu-se la suprafaţa tegumentelor, pielea supraiacentă are un aspect „ciuruit".

Ftiriaza pubiană, determinată de un parazit denumit *Pediculus* sau *Phtirius pubis,* se manifestă cu deosebire prin mîncărimi, uneori acerbe, localizate în zona păroasă genitală şi perigenitală.

La un examen mai atent al firelor de păr se pot observa ouăle paraziţilor, de formă ovalară şi de culoare cenuşie, lipite de tija firului de păr.

Din cauza scărpinatului iau naştere infecţii supraadăugate, de aspectul foliculitelor sau furunculelor.

Deşi *scabia* nu se transmite prin contactul sexual ca atare, ea poate fi contractată în acest mod de la o persoană bolnavă de scabie. Simptomele acestei boli parazitare (agentul patogen este un acarian denumit *Sarcoptes scabiei)* rezidă mai ales în pruritul cu exacerbări vesperale sau nocturne, precum şi în apariţia unor băşicuţe dispuse pe feţele anterioare ale pumnilor, între degete, pe fese, în regiunea genitală şi perigenitală. La bărbat sînt caracteristice leziunile situate pe teaca penisului, iar la femeie, cele dispuse perimamelonar.

Ce nu trebuie să facem în cazul apariţiei unor leziuni genitale !

În cazul bolilor transmisibile pe cale sexuală persistă încă obiceiul de a se apela mai întîi la sfaturile unor amici sau cunoştinţe „cu experienţă", ale căror recomandări nu fac decît să „mascheze" evoluţia bolii şi să temporizeze prezentarea la medic într-un moment optim. Apelînd din proprie iniţiativă la unele medicamente,

boala este întreruptă în evoluția ei, ceea ce face ca simptomatologia să nu mai fie suficient de evocatoare pentru a permite un diagnostic corect și un tratament adecvat.

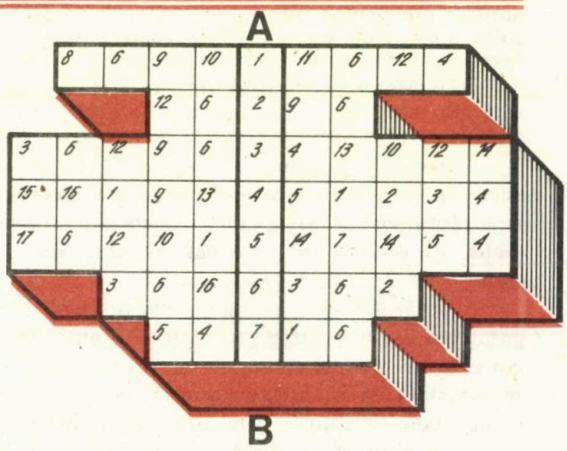
Așadar, în cazul apariției unor leziuni genitale este interzisă aplicarea locală și (sau) generală de antibiotice și chimioterapice (sulfamide etc.), după cum este interzis și contactul sexual transmițător.

În aceste circumstanțe, prezentarea de urgență la medicul specialist se impune ca singura modalitate care asigură diagnosticul corect și tratamentul vindecător.

aritmogrif

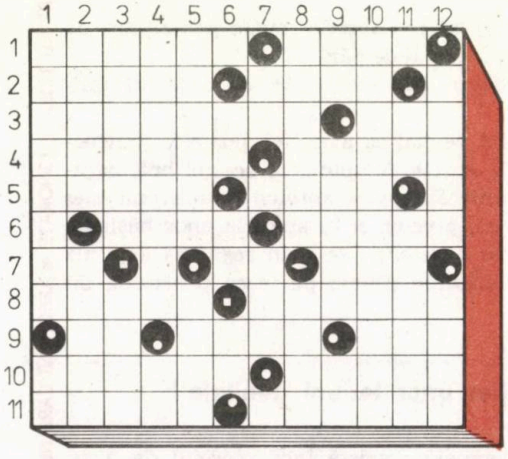
Înlocuind cifrele cu litere, veți obține pe verticala A—B numele legendarului patron al medicinii, iar pe orizontale, numele a 7 reputați medici români.

ADAM STOICA



frumusețea

o preocupare mereu actuală



ORIZONTAL : 1. Foarte frumos — Lumea lui Făt-Frumos. 2. Face fața frumoasă — Cel frumos a fost frate cu Vlad Tepeș. 3. Grații — Se spune că fiecărei păsări, ai ei i se par cei mai frumoși. 4. Muza astronomiei (mit.) — Frumoasa din opereta lui Offenbach. 5. Scrisorică — Vedetă de cinematograf. 6. Continent — Eroină din romanul „Viața-i frumoasă, băieți" de Dumitru Almaș. 7. Vîrstă mijlocie ! — Termen de execuție — Bărbierit. 8. Viței pînă la trei ani (reg.) — Arțar. 9. Pe aici, vă rog ! — Mesager al frumuseții — Tînăra nespus de frumoasă din piesa „Rețeta fericirii" de Aurel Baranga. 10. Zeul artelor frumoase (mit.) — „...de frumusețe", poezie de Nichita Stănescu. 11. Frumoasa fără brațe (mit.) — Foarte frumos (fig.).

VERTICAL : 1. Celebru compozitor austriac (1797—1828), autorul ciclului de lieduri „Frumoasa morăriță" — E un avar fără măsură ! 2. Petrecere frumoasă ! (pl.) — Creatorul (1819—1895) operetei „Frumoasa Galateea". 3. Frumusețea florilor (sing.) — Prenume bărbătesc. 4. Autorul (1850—1889) basmului „Făt Frumos din lacrimă" — Leu ! 5. Distanțați — Oraș în Suedia. 6. Întorsura Buzăului ! — Capul Afroditei ! — Jumătate maro, jumătate roșu. 7. Ris ! — Face față. 8. „...lui Făt-Frumos", operetă de Radu Șerban (neart.) — Ceată zgomotoasă (pop.). 9. Cap de Adonis ! — Frumoasa iubită a lui Petrarca — Zei ! 10. Cea mai frumoasă, luată ca exemplu (pl.). 11. Articol pentru bărbați — Poetă din țara noastră (1916—1944), autoarea poeziei „Frumoase-s cîmpiile vieții". 12. Zeița vînătorii, a pădurilor și a lunii, care a obținut ca păstorul Endymion să-și păstreze frumusețea într-un somn etern (mit.) — Nadă pentru pești (reg.).

Dicționar : TULUC, CALS, LAIE, NART.

ADAM STOICA

eforturi mici, efecte mari

Farm. LUDMILA COSMOVICI

În condițiile vieții moderne, cînd majoritatea femeilor depun o activitate complexă, îmbinînd în mod armonios munca de gospodină cu cea profesională, precum și cu calitatea de soție și mamă, ele nu trebuie să renunțe la farmecul lor, ci să-și păstreze feminitatea, căutînd un minimum de timp și pentru îngrijirea și menținerea frumuseții.

Există, desigur, și unele idei preconcepute, în sensul că frumusețea ar fi o preocupare numai a acelor femei care nu lucrează, opinie greșită, întrucît a fi frumoasă în oricare ipostază presupune nu numai respect față de propria persoană, dar și arta de a ști să-ți organizezi timpul, presupune progres social, bunăstare, curățenie.

De aceea, considerăm util să prezentăm unele sfaturi privind îngrijirea estetică, precum și unele metode noi, dar de origine foarte veche, studiate astăzi în multe țări ale lumii. Aplicarea acestor îndrumări implică un efort minim, dar cu un profit mare.

Cu multe secole în urmă, atît chinezii, cît și egiptenii, considerau unele regiuni ale corpului ca fiind locuri de proiecție energetică, ele corespunzînd cu o localizare precisă a unui organ. Zonele respective, denumite reflexogene, bogate în terminații nervoase, ar avea legături cu organele interne. Dealtfel, chiar în stabilirea diagnosticului, medicina folosește aceste puncte sensibile, care, prin palpare, în cazurile în care există o suferință organică, bolnavul simte jenă sau durere. Chinezii, care foloseau frecvent acupunctura, pentru a-i scuti pe copii de durerea provocată de ace, au recurs la aplicarea unui tratament prin presiune în anumite puncte ale corpului, după efectul urmărit.

În ultimul timp au fost studiate și comunicate numeroase lucrări ale unor autori francezi, germani și americani privind tratamentul denumit „acupressing", „acupresură", „presopunctură" etc., în care sînt prezentate unele metode de suprimare a durerilor, de ameliorare a unor aspecte inestetice ale pielii, ale corpului etc., obținîndu-se rezultate deosebite prin simpla presiune sau apăsare cu degetul. Pentru mărirea eficienței se poate folosi un obiect mai dur: un degetar metalic, partea rotunjită a stiloului sau chiar unghia. Mai indicată este însă folosirea unui aparat special „vibropunctor".

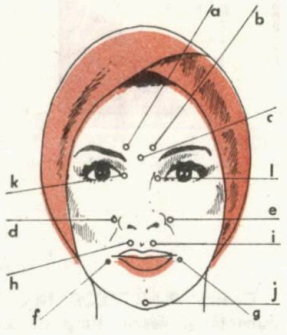
Operația constă deci în apăsarea și efectuarea unui masaj în sens circular (ca acele de ceasornic), în anumite zone și puncte ale corpului, conform indicațiilor pe care le vom prezenta în continuare.

Rezultatul urmărit este ameliorarea, pentru moment, a unei suferințe, fără a obține însă un efect de durată, ceea ce înseamnă că tratamentul medical nu poate fi înlocuit. Dat fiind că această metodă ameliorează (chiar pe perioade scurte) suferința, putem obține și ameliorări ale unor aspecte inestetice ale pielii.

Facem menționea că tratamentul durează doar cîteva minute, în funcție de efectul urmărit și se poate repeta de mai multe ori în cursul zilei. Dacă în unele părți ale corpului presiunea va fi mai puternică, vom avea grijă că aceasta să fie făcută cu blîndețe atunci cînd este vorba de obraz. Foarte importantă este reperarea punctului asupra căruia se va exercita presiunea.

PENTRU RIDURILE DE PE FRUNTE se vor presa zilnic, dimineața și seara, masînd timp de 3—4 minute punctele a și b, situate de o parte și de alta a liniei mediane a frunții, la aproximativ 2 cm deasupra sprîncenelor (fig. 1).

FIGURA 1



PENTRU RIDURILE DE PE NAS, timp de 2—3 minute dimineața și seara se vor presa punctele c, d, e, situate la rădăcina nasului, dedesubtul micului os frontal, de o parte și de alta a nărilor, la aproximativ 1 cm de nară (fig. 1).

PENTRU RIDURILE DIN JURUL GURII se vor presa punctele f, g, care se află la o mică distanță de comisura buzelor, de o parte și de alta a acesteia. Tot în același scop se vor masa și punctele h, i, j.

Se recomandă ca tratamentul să se repete de 3—4 ori/zi.

PUNGILE DE SUB OCHI. Deasupra locului unde se scurg lacrimile, în unghiul intern al ochiului, sînt situate punctele k și l, care vor fi reperate, presate și masate de cîteva ori pe zi (fig. 1).

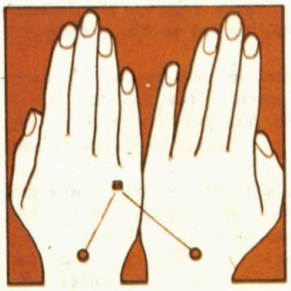


FIGURA 2

ACNEEA. **În caz de acnee, în afară de tratamentul local şi general prescris de medicul specialist, se poate obţine o ameliorare a afecţiunii respective prin presarea cu regularitate, de 2—3 ori pe zi, a următoarelor puncte : punctul** a, **situat la încheietura mîinii (fig. 2) ; punctul** b, **situat pe dosul mîinii, în scobitura de la intersecţia degetului mare şi arătător (fig. 3). În acelaşi scop se va presa şi masa punctul** c, **situat la exteriorul gleznei (fig. 4).**

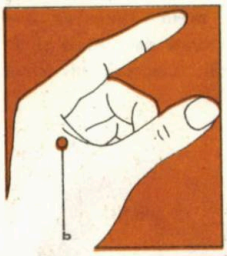


FIGURA 3

FIGURA 4

Contra PUNCTELOR NEGRE **se recomandă, dimineaţa şi seara, timp de 2—3 minute, presarea şi masarea punctelor** a **şi** b, **situate de o parte şi de alta a coloanei vertebrale, la înălţimea vertebrei a 3-a cervicale (fig. 5).**

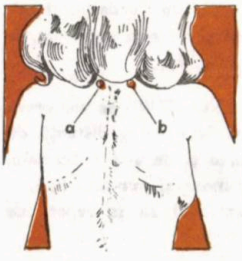


FIGURA 5

ROŞEAŢA OBRAZULUI, **datorită emoţiei, va dispărea dacă veţi masa punctul** a, **situat la 3 degete distanţă sub claviculă. Se presează şi se maseză pînă la dispariţia emoţiei (fig. 6).**

FIGURA 6

Prin presopunctură se pot trata şi unele aspecte inestetice ale corpului ca : slăbiciunea, obezitatea, celulita etc.

Dacă sînteţi prea slabă, **procesul de asimilare poate fi îmbunătăţit, ducînd la o creştere în greutate prin masarea zilnică a punctului** a, **situat pe linia mediană a stomacului, la o distanţă de 2 degete sub ombilic (fig. 7).**

FIGURA 7

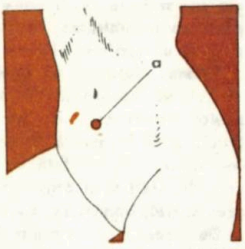


FIGURA 8

Dacă suferiţi de obezitate, se recomandă să se maseze de 2—3 ori pe zi, timp de cel puţin 5 minute, punctele : a, situat la extremitatea exterioară a pliului de la flexiunea pumnului, la marginea degetului mic (fig. 8) ; b, situat pe faţa exterioară a piciorului, la extremitatea superioară a peroneului (fig. 9) şi c, situat pe ultima vertebră (fig. 10).

FIGURA 9

FIGURA 10

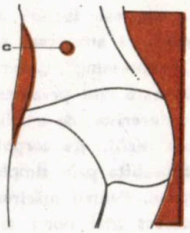


FIGURA 11

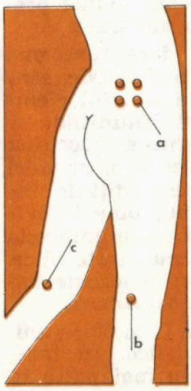
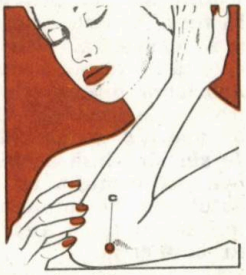


FIGURA 12

Rezultate satisfăcătoare se pot obţine şi în tratamentul CELULITEI, **în special a celulitei de pe şolduri. Tratamentul constă în masarea punctului a (fig. 11), situat la o distanţă de 3 cm de coloana vertebrală. Masajul se efectuează de mai multe ori pe zi, cu ajutorul a 3 degete, prin mişcări profunde. Celulita coapselor va fi combătută prin masarea profundă a punctelor** b **şi** c, **situate în faţa şi în spatele coapsei.**

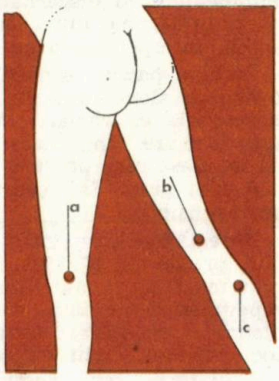
Pentru un GÎT RIDAT, **îmbătrînit, se vor masa punctele** a **şi** b, **situate deasupra claviculei, în scobiturile denumite „solniţe" (fig. 12), precum şi punctul** c **aflat deasupra cotului (fig. 13).**

FIGURA 13

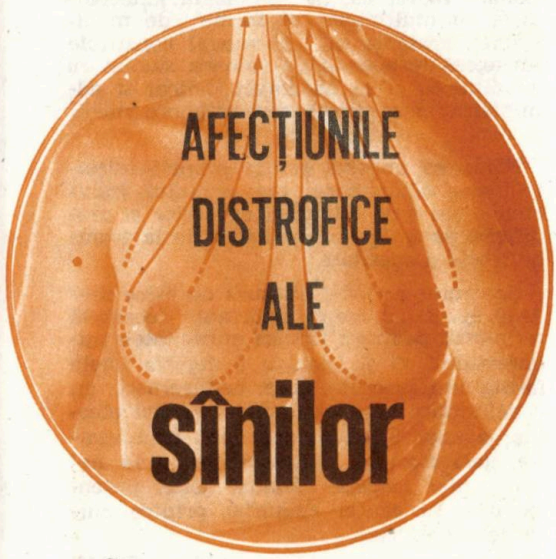


Contra CĂDERII PĂRULUI **se vor masa punctele** a **şi** b **(fig. 14), situate la nivelul îndoiturii piciorului, în spatele genunchiului, la mijlocul pliului, precum şi punctul** c, **aflat la o distanţă de lăţimea unei mîini dedesubtul extremităţii superioare a peroneului, în masa musculară externă a piciorului.**

FIGURA 14



În aplicarea tratamentului va trebui să ţinem seama de anumite stări ale sănătăţii (femei gravide sau bolnavi cu tulburări cardiace grave), solicitînd în acest caz şi avizul medicului specialist.



Sînii, mirificele daruri ale naturii ce împodobesc bustul femeii, izvoarele miraculoase de hrană ale nou-născuţilor din ziua primului lor contact cu lumea, sînt oare sortiţi să devină un prilej de coşmar pentru posesoarea lor ? O femeie din 18 este în pericol de a se îmbolnăvi de cancer de sîn în cele aproximativ şapte decenii de viaţă ce-i sînt rezervate — spun unii cercetători. An de an, cîteva zeci de mii de femei plătesc, pe întreg mapamondul, cel mai groaznic tribut acestei perfide boli.

Numărul redus de sarcini, scurtimea perioadelor de alăptare, par a interveni cu certitudine în creşterea frecvenţei cancerului de sîn. În condiţiile reducerii natalităţii într-un număr crescînd de ţări, ale tendinţei mai mult sau mai puţin justificate a unor femei de a scurta la maximum perioadele de lactaţie, ne aşteptăm ca răspîndirea acestui flagel, pe plan mondial, să crească în continuare.

Nu vom aborda însă problema cancerului mamar, ci ne vom referi la alte afecţiuni ale sînilor, cu largă răspîndire, întîlnite la o bună parte din femei în decadele a patra şi a cincea de viaţă — afecţiunile distrofice sau mastozele.

Există o relaţie între aceste distrofii şi cancerul de sîn ? Da ! răspund unii. Dis-

trofiile sînului sînt leziuni precanceroase. În timp, o parte mică din ele sfîrşesc prin a se canceriza. Nu este nici o legătură directă ! răspund majoritatea autorilor. Asocierea dintre cancerul mamar şi distrofii este fortuită. Condiţiile hormonale de apariţie a distrofiilor şi a cancerului de sîn sînt însă aceleaşi. Leziunile distrofice pot camufla astfel un cancer la debutul său. Se impune deci să tratăm distrofiile cu toată atenţia şi să le urmărim cu toată grija.

În plus, aceste distrofii reprezintă adeseori scînteia declanşatoare a unei cancerofobii exagerate, greu de învins, la un impresionant număr de femei. Femeia, obsedată de imaginea sumbră a cancerului, îşi examinează sînii cu insistenţă, în faţa oglinzii, solicită examene medicale şi de laborator, parcurge cu înfrigurare şi nu întotdeauna cu discernămînt literatura de specialitate, mai mult sau mai puţin accesibilă, interpretînd-o adesea eronat.

În cele patru decade de activitate a ovarului, sînul este supus unei influenţe hormonale ce variază chiar pe parcursul unei singure luni. Însăşi femeia sesizează că în zilele care precedă menstruaţia, sînii sînt mai greoi, în uşoară tensiune, adeseori sensibili.

Dereglările hormonale ce caracterizează anii premergători instalării menopauzei, mai mult sau mai puţin manifeste, se repercutează în mod direct asupra stării glandelor mamare. Ovulaţia nu mai are loc constant, ciclu de ciclu ; în ciclurile anovulatorii, ovarul nu-şi mai formează corpul galben, iar progesteronul nu mai este deci secretat. După 40 de ani, aceste fenomene, din ce în ce mai frecvente, devin aproape regulă. În absenţa progesteronului, estrogenii (foliculina) vor acţiona singuri asupra organismului femeii, determinînd, printr-o acţiune intensă şi prelungită, leziuni distrofice ale sînului.

În preajma vîrstei de 30 de ani apare mastodinia. Însăşi numele defineşte boala : durere a mamelelor. Femei cu neregularităţi ale ciclului menstrual, cu o personalitate mai labilă, emotive, adeseori anxioase şi cu sînii relativ bine dezvoltaţi, acuză dureri din ce în ce mai constante şi mai intense. Durerea poate interesa un singur sîn, alteori amîndoi, dar nu întotdeauna în mod egal. La început apar în zilele care precedă menstrele şi apoi, mai tîrziu, durerile se extind de-a lungul întregului ciclu, exacerbîndu-se premenstrual. Aceste dureri sînt vii, iradiază spre axile, umeri şi braţe. Atingerea sînilor în aceste zile este adesea cu greu suportată. La palparea glandelor mamare nu se constată însă modificări de consistenţă şi nici prezenţa de neregularităţi sau tumorete.

După cîţiva ani apar însă zone mai dure, neregulate, dispuse în placarde, sensibile, dureroase chiar spre sfîrşitul ciclului menstrual, adeseori întinzîndu-se de-a lungul marginii externe a muşchilor pectorali, înspre axile. Uneori apar mici noduli, rotunzi, duri, răspîndiţi în întreaga glandă. Aceşti noduli, bine individualizaţi, creează la palpare impresia unor sîni împroşcaţi cu nenumărate alice. Aceste leziuni distrofice sînt cunoscute sub numele de *fibroadenomatoză mamară.*

Mai tîrziu, de obicei între 40 şi 50 de ani, putem întîlni *mastoza chistică.* În interiorul sînilor, mai mult sau mai puţin în regresie, apar formaţiuni chistice nu prea mari, bine delimitate. Femeia percepe o simplă senzaţie de greutate ; durerea poate lipsi.

Prin exprimarea mameloanelor pot să apară cîteva mici picături de secreţie lactată la ambii sîni, dar care nu trebuie să alarmeze femeia. Ea va fi utilă în efectuarea examenului citologic, care confirmă odată în plus diagnosticul de mastoză.

Care va fi însă atitudinea în faţa acestor afecţiuni distrofice ale sînilor, atît de banale prin frecvenţa lor, adeseori neglijate, uneori prilej de angoasă prea puţin justificată şi din fericire rareori asociate cu cancerul ? În mod logic, va trebui să compensăm secreţia deficitară de progesteron. Acesta, datorită rapidităţii cu care este distrus de organism, a fost înlocuit cu progestativele de sinteză. Menţionăm faptul că, în patologia ginecologică, cu multiplele ei forme de manifestare, tratamentul hormonal constituie un agent terapeutic de valoare, numai cu condiţia ca el să fie corect indicat şi administrat sub strictă supraveghere medicală.

Folosirea abuzivă şi din proprie iniţiativă este dăunătoare organismului, inducînd o serie de tulburări nevrotice şi modificări sanguine cu predispoziţie la tromboflebite şi obezitate.

Controlul periodic efectuat de către medicul specialist are o importanţă deosebită nu numai pentru a urmări eficacitatea tratamentului, ci şi pentru a depista unele formaţiuni suspecte, dure, nedureroase, cu o delimitare imprecisă, care reclamă efectuarea unor examene speciale : mamografia, galactografia, termografia şi, la nevoie, chiar biopsia. Numai astfel putem exclude un cancer camuflat printre placardele mastozice.

DR. **N. CRIŞAN**
Clinica de obstetrică-ginecologie
Spitalul „23 August", Bucureşti

Dr. MIRCEA RIȘCA
Institutul oncologic, Cluj-Napoca

Pe parcursul vieții, alături de numeroasele boli care pot modifica starea de sănătate a unei femei, un loc aparte îl ocupă bolile sînului. În afara perioadei de sarcină și mai ales de alăptare, cînd la sîni se pot produce o serie de inflamații, în general dureroase, dar care se vindecă rapid prin tratamente medicamentoase sau chirurgicale, afecțiunile glandelor mamare se manifestă, în majoritatea cazurilor, prin apariția de nodozități sau chiar de tumori cu evoluție lentă, dar care, prin faptul că sînt în general nedureroase, nu atrag atenția asupra lor. Cauzele care provoacă formarea de noduli sau tumori nu sînt întotdeauna cunoscute și de aceea trebuie să acordăm suficientă importanță apariției oricărui aspect anormal în interiorul sînului.

Frecvența nodozităților, a tumorilor, se face simțită începînd cu vîrsta de 30 de ani, atinge maximum între 40 și 60 de ani, pentru ca apoi să scadă.

Tumorile glandei mamare pot fi benigne (necanceroase) și maligne (canceroase). Există însă și posibilitatea ca unele leziuni la început benigne să se cancerizeze pe parcurs.

Pericolul cel mai mare pentru sănătatea și viața femeii îl reprezintă, desigur, tumorile maligne, care la începutul manifestării lor nu se deosebesc prea mult de tumorile de altă natură, fiind nedureroase. Foarte puține femei știu însă că bolile care nu sînt însoțite de durere pot fi tot atît de grave, uneori chiar mai grave decît cele care se manifestă prin durere.

Această situație este întreținută și de modificările periodice ale glandei mamare, legate de ciclul menstrual, femeia fiind adeseori tentată să considere că unele nodozități se datoresc și tulburărilor endocrine. Dar depistarea unei tumori mamare nu înseamnă neapărat și depistarea unui cancer, deoarece nodozitățile sau tumorile pot fi cauzate de modificări endocrine (boala chistică sau mastoza fibrochistică) sau pot fi tumori benigne (fibroadenoame, papiloame, lipoame etc.), acestea întîlnindu-se mult mai frecvent decît cancerul. Diferențierea între aceste categorii de tumori o poate face numai medicul, singurul autorizat să precizeze diagnosticul.

Indiferent însă de natura tumorii, ea trebuie tratată și, ca în orice boală, cu cît diagnosticul este precizat într-o fază mai timpurie, cu atît rezultatele vor fi mai bune.

Pornindu-se de la constatarea că în peste 80% din cazuri tumoarea este depistată în mod întîmplător, s-a recurs la o metodă aplicată astăzi cu succes în multe țări ale lumii. Este vorba de autopalparea sînilor, care are drept scop depistarea oricărei tumori într-o fază incipientă, ceea ce ar permite instituirea unui tratament corespunzător și cu rezultate din cele mai favorabile.

Pentru a preîntîmpina instalarea cancerului de sîn, este util ca fiecare femeie să cunoască cîteva noțiuni deosebit de importante :

— boala apare cu precădere între vîrsta de 40 și 60 de ani, dar practic poate surveni la orice vîrstă ;

— cu cît tumoarea este depistată mai devreme, cu atît șansele de vindecare sînt mai mari ;

— autopalparea sistematică poate depista boala în faze atît de incipiente încît vindecarea poate fi posibilă în majoritatea cazurilor ;

— amînarea prezentării la medic scade șansele de vindecare, datorită progresului bolii.

De asemenea, este necesar să fie cunoscute semnele de alarmă :

— prezența unei tumori la nivelul sînului, de obicei nedureroasă ;

— apariția unei secreții prin mamelon, mai ales dacă este situată într-o singură parte și este sanguinolentă ;

— pierderea conturului regulat al sînului, retracția pielii, sau a mamelonului ;

— prezența unui nodul în axilă.

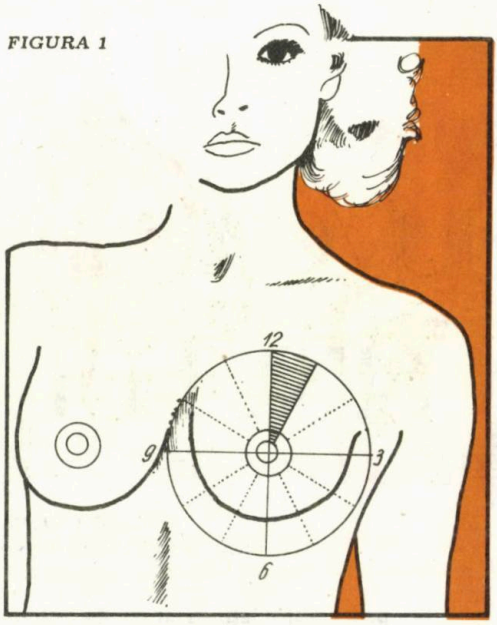
Aceste semne nu sînt la început evidente, motiv pentru care ele trebuie căutate atent, precis, sistematic și mai ales periodic, după o anumită tehnică. Intervalul dintre două autoexaminări nu trebuie să fie nici prea mare, deoarece prin aceasta se crește riscul de a descoperi prea tîrziu o formațiune tumorală, dar nici prea mic, deoarece în acest caz modificările structurale mici nu mai pot fi sesizate. Credem că intervalul optim dintre două examinări este de o lună, în special după ciclu, cînd glanda mamară revine la dimensiunile, consistența și structura ei obișnuită.

Fără însușirea unei tehnici corecte, autoexaminarea nu are nici o valoare. Tehnica descrisă și recomandată de Institutul oncologic Cluj-Napoca este extrem de simplă și eficientă. Examinarea se face în picioare, în fața oglinzii, și se începe prin observarea vizuală a sînilor, din față și din profil. Cu ocazia primei examinări se poate constata o asimetrie oarecare a sînilor sau o diferență a dimensiunilor, fără nici o semnificație patologică, asimetria existînd aproape întotdeauna în mod fiziologic. În continuare, se va observa dacă nu există o bombare sau o retracție a pielii, cauzată de prezența unei tumori. Este bine să se exercite și o ușoară presiune în jurul mameloanelor (manevră asemănătoare mulgerii), pentru a provoca o eventuală secreție neobservată. Se trece apoi la palparea propriu-zisă, întotdeauna cu mîna opusă sînului examinat.

Sînul privit în oglindă va fi asemănat cu cadranul unui ceasornic, împărțit în felii corespunzătoare fiecărei ore, iar fiecare felie va fi examinată cu atenție, apăsînd blînd cu suprafața degetelor și nu cu vîrful lor, de la mamelon spre marginea sînului, începîndu-se cu felia care corespunde orei 12. După ce întregul sîn a fost palpat cu atenție, se examinează subsuoara (axila) și se trece la palparea sînului opus, respectînd aceeași succesiune (fig. 1).

În cazul unui sîn mai mare, acesta va fi susținut ușor cu mîna de aceeași parte, în timp ce mîna opusă va efectua mișcările descrise mai sus, corpul fiind ușor aplecat înainte (fig. 2)..

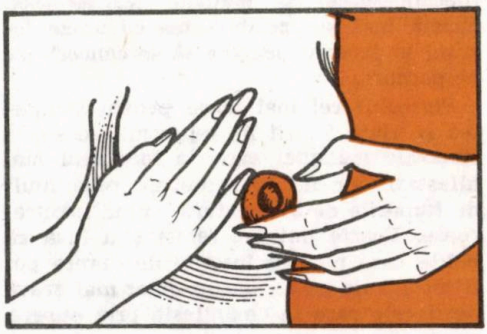
FIGURA 1



După mai multe autoexaminări, femeia ajunge să-și cunoască perfect structura mamelei, se obișnuiește cu reliefurile și neregularitățile existente în mod normal, putînd sesiza chiar și cele mai mici modificări ce pot surveni pe parcurs. Descoperirea unei tumori, oricît de mică ar fi ea, trebuie să determine femeia să se prezinte de urgență la medic. Este mai bine să se trateze leziuni aparent inofensive, decît să fie neglijate leziuni ce pot fi fatale.

Metoda autopalpării reprezintă, în faza actuală, singura modalitate prin care se poate spera la o descoperire mai timpurie a tumorilor mamare maligne, cînd tratamentul este simplu, eficace și uneori nemutilant.

FIGURA 2



anexitele cronice

Durerea localizată în abdomenul inferior la o femeie cu vîrsta cuprinsă între 20 și 50 de ani, neînsoțită de febră, de tulburări digestive pregnante sau simptome urinare, se datorește adeseori, nu exclusiv însă, anexitelor cronice. Multiple alte cauze sînt implicate în producerea acestei acuze subiective. Particularități de instalare, intensitate, localizare și iradiere ne pot orienta diagnosticul. În anexita cronică, durerea nu atinge o intensitate deosebită, este adeseori surdă, persistentă, poate iradia înspre sacru sau lombe. Se accentuează adeseori în zilele care precedă menstrele, în urma expunerilor prelungite la frig și umezeală. Eforturile fizice mari și abuzurile sexuale pot, la rîndul lor, să declanșeze un episod dureros.

Unele bolnave prezintă dureri în perioada menstruală (dismenoree) sau în cursul raporturilor sexuale (dispareunie). În această ultimă eventualitate, instalarea durerilor are loc după un interval de timp variabil de la debutul vieții sexuale, cel mai adesea în săptămînile sau lunile care succedă unei inflamații genitale acute.

Alteori, anexita cronică declanșează și întreține menstre prelungite, abundente, sîngerări intermenstruale moderate, dar trenante, mici pierderi de sînge în zilele de mijloc ale ciclului. Dar sînt situații cînd afecțiunea poate fi mută clinic, nederanjînd femeia prin nici un simptom subiectiv. Ceea ce atrage atenția asupra inflamației cronice a anexelor sau asupra consecințelor directe ale ei este, în aceste cazuri, sterilitatea. Din cinci femei investigate pentru sterilitate, două prezintă obstrucție tubară bilaterală. Lipsa de permeabilitate a trompelor recunoaște adeseori drept cauză anexita cronică, prin procesele aderențiale sau cicatriceale pe care le produce cu timpul.

Cunoașterea cauzelor care determină anexitele în general, fie ele acute sau cronice, nu este lipsită de importanță. Avorturile septice, retenția mai mult sau mai puțin îndelungată de resturi ovulare după expulzia parțială a unei sarcini, complicațiile infecțioase din lăuzie, ce se datoresc de obicei unei asistențe necalificate la naștere, sînt principalii factori declanșatori ai inflamațiilor genitale. Dar anexele sînt interesate și în infecțiile veneriene. Inflamațiile cronice ale vaginului și ale colului uterin (cervicovaginitele) favorizează, la rîndul lor, apariția anexitelor.

Anexita cronică poate să succeadă direct unei inflamații genitale acute, incomplet sau incorect tratate. Alteori, se instalează insidios, fără episoade zgomotoase care să atragă în mod deosebit atenția femeii asupra suferinței sale genitale, sau este descoperită cu ocazia unor investigații complexe și în cursul unor intervenții chirurgicale.

În stabilirea diagnosticului de anexită cronică, examenul ginecologic este esențial. Durerile abdominale și într-o măsură mai mare chiar sîngerările vaginale, prin frecvența cu care sînt întîlnite în diverse alte boli, nu sînt caracteristice. Nici chiar laboratorul nu este de prea mare utilitate : viteza de sedimentare a globulelor roșii este, desigur, crescută, dar aceasta se modifică în majoritatea infecțiilor acute sau cronice, în reumatism, în bolile ficatului etc. Radiografiile practicate după introducerea de substanțe iodate de contrast în interiorul uterului (histerosalpingografiile) ne arată cu precizie în ce măsură sînt interesate trompele în procesul inflamator, dacă acestea sînt obstruate, dilatate, deviate sau cudate prin aderențe, însă ele nu se pot efectua decît dacă infecția este stinsă, altfel există riscul de a o redeștepta, imprimîndu-i o evoluție deosebit de severă.

Banalitatea simptomelor și sărăcia examenelor de laborator fac ca anexita cro-

nică să fie adesea confundată cu suferințe ale altor organe învecinate : apendicită, colită cronică, infecții urinare, boli ale coloanei vertebrale lombosacrate. Cînd trompele bolnave nu sînt mărite de volum, nici examenul ginecologic nu conferă prea multe date în sprijinul diagnosticului. În aceste cazuri, de o mare importanță este relatarea minuțioasă de către bolnavă a trecutului său genital, a istoricului suferinței, a caracterului durerii, a existenței altor simptome, precum și a tratamentelor urmate. Sînt evitate astfel peregrinările infructuoase, exasperante, de la ginecolog la internist, la urolog sau chiar neurolog.

Din nefericire, odată stabilit, diagnosticul este privit cu o oarecare doză de resemnare de către bolnavă. Durerea este suportată cu stoicism, ca un tribut plătit specificului vieții sale sexuale. Dar disconfortul, afectarea într-o măsură mai mare sau mai mică a capacității sale de muncă pentru perioade variabile de timp, nu constituie singurele neplăceri cauzate de către anexita netratată. Este oricînd posibilă trecerea în formele acute. Sterilitatea este frecventă, iar tratamentul, chiar chirurgical, nu este întotdeauna eficace. Interesarea ovarelor în procesul infecțios va duce cu timpul la perturbări hormonale. Concluzia constă în necesitatea prevenirii bolii, iar odată instalată, în instituirea cît mai precoce a tratamentului și urmarea lui cu perseverență, pînă la vindecarea completă.

Vechea și mereu valabila aserțiune că a preveni este mult mai ușor decît a vindeca își găsește o ilustrare cum nu se poate mai pregnantă în anexita cronică. Prezentarea la medic deîndată ce apar simptome anormale ca : sîngerări, episoade febrile, scurgeri vaginale modificate, precum și asistența calificată la naștere în instituții sanitare destinate acestui scop și dotate corespunzător, respectarea prescripțiilor de îngrijire în lăuzie sau după un avort, tratarea corectă a anexitelor acute și a cervicitelor, evitarea contaminărilor veneriene, igiena individuală riguroasă sînt măsuri fundamentale în profilaxia anexitelor cronice.

Precizăm că anexita este o afecțiune cronică ce necesită îngrijiri medicale de durată, ca și colecistita, colita cronică sau reumatismul. Este iluzoriu a spera că o singură cură de 1—2 săptămîni o poate rezolva.

Principalii agenți terapeutici de care dispunem sînt : repausul, fizioterapia și balneoterapia.

Se recomandă respectarea repausului fizic și sexual în perioadele dureroase, iar în timpul menstrelor, un repaus relativ, cu evitarea ortostatismului prelungit.

În tratamentul anexitelor cronice au fost propuse nenumărate scheme terapeutice, dar, din păcate, marea lor majoritate s-au dovedit ineficace. În perioadele dureroase însă, se recurge la medicația calmantă a durerii, avînd în același timp și efect antiinflamator.

O armă terapeutică eficace de care dispunem și la care nu se apelează în suficientă măsură este fizioterapia. Aceasta s-a dovedit deosebit de utilă în tratarea anexitelor, iar policlinicile teritoriale dispun de aparatura necesară ca : raze ultrascurte, infraroșii, magnetodiaflux și mai ales diatermie.

Tratamentul complex, îmbinînd acțiunea favorabilă a factorilor de mediu cu repausul, îl asigură însă stațiunile balneare de profil. Aparatura auxiliară permite aplicarea unei game largi de proceduri balneofizioterapice. Efectele curative se răsfrîng nu numai asupra anexitei, ci și asupra tulburărilor funcționale, a dezechilibrelor endocrine și a sterilității.

Se impune însă o precauție : efectuarea curelor balneare la cel puțin 3 luni de la un eventual episod acut, în absența menometroragiilor, iar leucograma și viteza de sedimentare să fie în limite normale.

Stațiunile Bazna, Bălțătești, Slănic-Prahova, Pucioasa, Govora, Sovata, Ocna Sibiului, Amara, Lacul Sărat, Felix sînt reputate prin calitățile terapeutice ale apelor cloruro-sodice, iodurate sau sulfuroase sau ale nămolurilor. Agenții balneari curativi sînt utilizați sub formă de băi generale, parțiale sau în aplicații locale. În măsură să stabilească stațiunea optimă pentru forma de boală și afecțiunile asociate sînt numai cadrele medicale : specialistul ginecolog în colaborare cu medicul balneolog.

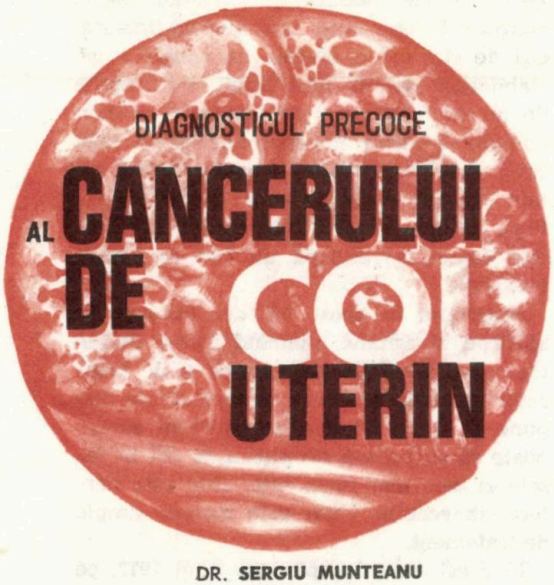
Nu o dată, exasperate de evoluția îndelungată a anexitei cronice, pentru al cărei tratament medical nu își creează

suficient timp, bolnavele solicită tratamentul chirurgical. Dar acesta se adresează doar unei categorii restrînse de inflamații genitale. Se îndepărtează chirurgical trompele, care s-au transformat în pungi cu conținut purulent (piosalpinxuri) și care nu mai pot fi influențate de tratamentele obișnuite. Intervențiile sînt de obicei mutilante. Sînt sacrificate trompele bolnave, uneori chiar porțiuni din ovare, dacă și acestea sînt compromise prin procesul inflamator.

Așadar, prevenirea anexitei cronice este perfect posibilă, cu condiția respectării măsurilor menționate și a instituirii tratamentului cît mai aproape de debutul bolii. El presupune însă răbdare și perseverență din partea bolnavei.

Dr. N. CRIȘAN
Clinica de obstetrică-ginecologie
Spitalul „23 August"

— Soră, fă-i ieșirea !
— Cu irigatorul sau cu Ciocolax ?...



DR. SERGIU MUNTEANU
Medic primar oncolog
Institutul oncologic, Cluj-Napoca

Dintre cancerele organelor genitale feminine, localizarea la colul uterin continuă să fie una dintre cele mai frecvente. Această situație este oarecum paradoxală dacă ținem cont de faptul că există numeroase posibilități ca neoplasmul să fie descoperit într-o fază incipientă a bolii, cînd este perfect curabil. Colul uterin, fiind un organ accesibil unei explorări directe, permite descoperirea neoplaziei într-un stadiu foarte precoce, chiar preclinic (adică, în acele faze ale procesului de cancerizare, care premerg apariția cancerului propriu-zis). Această situație este posibilă, datorită numeroaselor tehnici de investigare.

Cu toate acestea, multe femei întîrzie să se prezinte la medicul de specialitate de la primele semne de îmbolnăvire, în numeroase cazuri diagnosticul stabilindu-se prea tîrziu, cînd, în pofida unui tratament mutilant, îndelungat și costisitor, succesele sînt rare.

Dintre mijloacele care ne stau la dispoziție pentru stabilirea unui diagnostic cît mai timpuriu trebuie amintit, în primul rînd, *examenul clinic obiectiv*. El constă din efectuarea unui examen ginecologic cît mai complet și competent, un rol extrem de important avînd vizualizarea colului cu ajutorul valvelor sau speculului vaginal. Ori de cîte ori medicul de specialitate va observa o leziune a colului uterin este moralmente obligat să o investigheze prin mijloace adiționale, pînă la excluderea existenței unui cancer, și acest lucru indiferent de „aparența benignă" a leziunii și de vîrsta tînără a bolnavei. Evident, majoritatea leziunilor cervicale sînt benigne, dar uneori sub „masca" aspectului celui mai anodin se poate ascunde o patologie cu

evidentă semnificație oncologică (marele grup al displaziilor, un cancer preinvaziv sau chiar invaziv precoce).

Desigur, examenul clinic este foarte limitat ca acuratețe în stabilirea suspiciunii unui cancer incipient, dar medicul avizat va ști să treacă, fără să alarmeze bolnava, la examinarea mai amănunțită a colului, utilizînd și alte mijloace.

Examenul citologic sau testul citotumoral este o metodă simplă, descrisă pentru prima dată de medicul român Aurel Babeș în anul 1928, reactualizată și popularizată de Papanicolaou în 1943 și constă în evidențierea pe un frotiu a celulelor care se desprind de pe suprafața colului uterin și a căilor genitale (canalul cervical, endometru etc.), inclusiv a celulelor neoplazice, în caz că un asemenea proces are loc într-una din zonele descrise.

Examenul citologic are calitatea de a semnala cu destulă exactitate prezența oricărui proces malign exo-endocervical, chiar dacă acesta se află într-un stadiu extrem de incipient, precum și a leziunilor premergătoare, de tipul displaziilor. Examenul citologic nu poate arăta topografic sediul leziunii neoplazice, astfel că pentru investigarea în continuare a colului uterin se recurge la *examenul colposcopic.*

Folosind colposcopul, lupă binoculară cu o putere de mărire între 10 și 40 de ori, leziunea care la examenul clinic ni se înfățișa ca o banală „pată roșie", cunoscuta „exocervicită" sau „eroziune", ni se dezvăluie acum ca o adevărată hartă cu aspecte extrem de diferite, fiecare însă cu o semnificație foarte precisă și cu un substrat histopatologic relativ ușor de intuit de specialistul avizat. În felul acesta, colposcopia permite ca dintre aspectele pe care le evidențiază, să aleagă pe acelea care au semnificația patologică de cea mai mare gravitate, indicînd locul de unde să se recolteze o biopsie. Colposcopia, în completarea examenului citologic, permite de cele mai multe ori precizarea sediului leziunii celei mai avansate (inclusiv a neoplaziei incipiente). Însă și examenul colposcopic este limitat: nu vizualizează canalul cervical, sediul posibil al neoplaziei incipiente (mai ales la femeile după 45—50 de ani).

Cînd examenul citologic semnalează o celularitate suspectă de cancer, iar colposcopul nu „vede" pe suprafața colului locul posibil de origine, medicul specialist recurge la alte tehnici suplimentare de investigație, și anume la *chiuretajul fracționat* endocervical și endouterin. Acesta constituie o tehnică de investigație numai în condiții de spitalizare, permițînd explorarea unei zone mai largi din care ar putea să provină celulele suspecte semnalate pe frotiu.

Nu rareori, *chiuretajul fracționat* trebuie însoțit și de alte tehnici de prelevare de țesut pentru examenul histopatologic, cum ar fi conizația sau biopsia inelară. Ori de cîte ori o biopsie nu reușește să stabilească sediul neoplaziei suspicionate de un examen citologic pozitiv, sîntem obligați să oferim histopatologului întreaga zonă de unde ar putea proveni aceste celule neoplazice. În acest caz fie că se extirpă un inel de țesut (biopsie inelară), fie, mai corect, se extirpă un con de țesut (conizație).

Procedînd în acest fel, din aproape în aproape, și anume, aplicînd într-o ordine riguroasă tehnicile paraclinice și de laborator amintite, medicul de specialitate dispune de toate armele, cu ajutorul cărora poate să surprindă neoplazia de col în fazele ei cele mai incipiente, cînd este perfect vindecabilă, chiar prin metode simple de tratament.

În acest sens, începînd cu anul 1972, pe teritoriul a numeroase municipii din patria noastră au fost declanșate acțiuni profilactice de masă pentru depistarea cancerului cervical cu ajutorul examenului citologic și implicit pentru instituirea unui diagnostic precoce.

ALCĂTUITĂ DE **GIUSEPPE NAVARRA**

VASILE BOGREA (1881—1926)

Medicii

Au fost sfinți — medici făr' de-argint
Și sînt (scripturile nu mint !),
Argintul nu e un tezaur,
Cînd ai o inimă de aur.

GEORGE TOPÂRCEANU (1886—1937)

Doctorului Ar.

Amîndoi avem talentul
Să ucidem biata lume.
Eu cu stihuri și cu glume,
Dumneata cu... tratamentul !

AL. O. TEODOREANU (1894—1964)

Reversul medaliei

Cînd pui ventuze te simți bine
Și nu e lucru de mirare ;
Ai supt o viață din pahare,
Acuma ele sug din tine.

MARCEL BREȘLAȘU (1903—1966)

Doctorului R.M.

Recunoștință, cinste, admirație !
Tu, internist, ai izbutit o trepanație :
În mai puțin de două săptămîni,
Mi-ai scos din cap o boală de plă-
mîni...

N. CONSTANTINESCU-COSSY (n. 1904)

Chirurgul I. nu se mai însoară

Mîna i-a cerut, odată,
În aprinsa lui văpaie ;
Ea-l respinse speriată :
I-a fost teamă că i-o taie !

GHIOCEL CONSTANTINESCU (1908—1979)

Lucrări diverse

Acest sistem portabil ortopedic,
Ce-ajută, ca infirm, să nu te-mpiedici,
A fost lucrat cu sîrg de-un medic,
Iar medicul „lucrat" de-un grup de
medici.

IONEL GOLOGAN (n. 1909)

Unui chirurg care se laudă cu succesele

Acei pe care i-ai salvat
Îți mulțumesc, nu-i de mirat.
Dar tare mult să știu aș vrea,
Ce-ar spune ceilalți... de-ar putea !

ȘTEFAN TROPCEA (n. 1915)

Onestitate

Cel ce n-a cerut la boală
Pacientului vreun dar
Este, fără îndoială,
Medicul veterinar.

MIRCEA IONESCU-QUINTUS (n. 1917)

Unui medic psihiatru

IzbutișI și tu, în fine,
Clientelă să aduni ;
Pentru un consult cu tine,
S-au găsit cîțiva nebuni.

MIRCEA BOGDAN (n. 1921)

Dentistului meu

De-o săptămînă mi-a montat
O frumusețe de dantură ;
Nefolosind la mestecat,
M-am apucat de băutură !

GHEORGHE LEU (n. 1936)

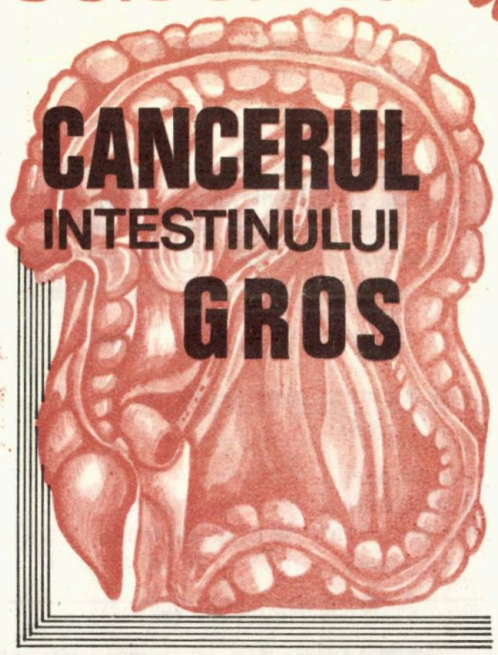
Unui ORL-ist

La urechi mă tot tratează
Şi mă simt cu mult mai bine ;
Văd că nu mă deranjează
Ce spun alţii despre mine !

GIUSEPPE NAVARRA (n. 1937)

Unui leneş

A plîns de bucurie
Cînd medicul l-a anunţat
Că o să fie vindecat
Prin... somnoterapie !



DR. **IOAN JOCU**
medic primar

Problema cancerului, în general, constituie, în continuare, o preocupare permanentă a cadrelor medico-sanitare, în vederea depistării lui în stadii incipiente şi a instituirii unei terapii precoce şi adecvate.

Dar pentru a înţelege cauzele şi mecanismul de producere a cancerului de colon, este necesar să cunoaştem cîteva date de anatomie şi fiziologie ale acestui organ.

Colonul sau intestinul gros, care reprezintă partea terminală a aparatului digestiv, şi este alcătuit din mai multe segmente: colonul drept (cecul şi colonul ascendent), colonul transvers, colonul stîng (colonul descendent şi colonul sigmoidian), rectul şi anusul. Colonul drept (cecul şi colonul ascendent) prezintă un calibru de 2—3 ori mai mare decît colonul stîng.

Fiziologic, reziduurile alimentare, sub formă lichidiană, ajung în regiunea cecală (porţiunea iniţială a intestinului gros) după aproximativ 4—6 ore de la ingerarea alimentelor. Mucoasa cecului şi a colonului ascendent absoarbe o mare cantitate de lichide, determinînd creşterea consistenţei reziduurilor alimentare. De asemenea, mucoasa colonului absoarbe săruri minerale şi glucide simple. La nivelul colonului drept, flora bacteriană de fermentaţie acţionează asupra glucidelor (zaharurilor) neabsorbite de mucoasa intestinului subţire, iar la nivelul colonului transvers, flora bacteriană de putrefacţie descompune proteinele (albuminele) neabsorbite.

Mucoasa intestinului gros are, în mod normal, o secreţie lichidiană redusă, care conţine mucus, cu rol de apărare a tunicii interne şi de favorizare a tranzitului. Începînd de la nivelul colonului transvers, reziduurile alimentare prezintă o consistenţă solidă.

Tumorile localizate la colonul drept devin manifeste mult mai tîrziu, în momentul cînd prezintă dimensiuni relativ mari şi aceasta deoarece calibrul mare al colonului drept, precum şi starea fluidă a resturilor de digestie la acest nivel, permit tranzitul pe lîngă formaţia tumorală, în timp ce tumorile colonului stîng se manifestă clinic mai repede, datorită calibrului mult mai mic al acestui segment, precum şi consistenţei solide sub care se află aici reziduurile alimentare.

Cancerul colonului apare la orice vîrstă, incidenţa maximă constatîndu-se după vîrsta de 50 de ani, cele două sexe fiind egal afectate. În ultimele decenii se remarcă însă extinderea acestor procese patologice şi la persoane cu vîrsta sub 30 de ani. Acest aspect sugerează acţiunea unor noi noxe cu acţiune cancerigenă, mai ales dacă se are în vedere că incidenţa crescută a cancerului, inclusiv la tineri, se

constată în special în țările puternic industrializate și dezvoltate economic, unde rolul factorilor poluanți apare pregnant.

Numeroasele studii și cercetări efectuate în scopul precizării cauzelor și mecanismelor de producere a cancerului colonului, deși nu au fost încă încununate de succes, totuși au permis identificarea unor factori care concură la determinarea acestora. Diferențele notabile privind creșterea incidenței îmbolnăvirii prin cancer de intestin gros în diverse țări, respectiv regiuni geografice, arată rolul important al factorilor de mediu și de alimentație. Dar, în afara acestor factori, în determinismul tumorilor maligne de colon mai sînt incriminați și factorii genetici și cei locali, reprezentați de diverse procese patologice ale colonului, care au caracter de leziuni precanceroase.

Rolul factorilor de mediu înconjurător apare tot mai evident odată cu apariția îmbolnăvirilor prin cancer și la persoane tinere. Multă vreme, datorită faptului că neoplasmele de colon se constatau la persoane în vîrstă de peste 50 de ani, s-a considerat că factorul decisiv în producerea cancerului este constituit de modificările morfofuncționale pe care le antrenează îmbătrînirea organismului. Cercetările epidemiologice relativ recente au evidențiat că factorii de mediu (poluarea, alimentația etc.) au rol esențial în apariția multor boli, inclusiv a cancerului. În favoarea acestei opinii pledează incidența mai crescută a cancerului de colon în țările din Europa și din America de Nord, în contrast cu numărul redus de cazuri întîlnite în țările din Africa și din Asia.

Modul de alimentație caracteristic perioadei contemporane este incriminat ca avînd rol important în geneza cancerului de colon. Este cunoscut faptul că o alimentație adecvată, rațională, trebuie să includă pe lîngă principiile alimentare bine cunoscute (glucide, lipide, proteine, vitamine, săruri minerale, apă) și așa-numitele *fibre alimentare*. Acestea sînt constituite din reziduul vegetal, după acțiunea enzimelor digestive, fiind reprezentate de celuloză și hemiceluloză, pectine, lignină etc. Datorită tehnicii gastronomice actuale, fibrele alimentare conținute în cereale, tărîțe, vegetale, fructe, au fost treptat eliminate din alimentație.

Alimentația cu produse rafinate (pîine albă etc.) și aport redus de fibre alimentare diminuează marcat tranzitul intestinal, antrenînd modificări fiziopatologice, în primul rînd, constipația. Eforturile musculaturii colonului pentru eliminarea bolului fecal se soldează, în cazuri de constipație cronică, cu formarea de diverticuli ; staza resturilor de digestie are acțiune iritantă, determinînd colitele ; de asemenea, datorită constipației, factorii cancerigeni pot acționa mai intens asupra mucoasei. Colitele cronice, precum și diverticulii, la rîndul lor, sînt leziuni iritative pe care se poate grefa uneori și în timp un proces neoplazic.

Fibrele alimentare nu sînt digerabile și nu sînt absorbite în intestinul subțire. Ele rețin apa, pentru care au o mare afinitate, mărind deci volumul reziduului, care constituie astfel un excitant mecanic pentru intestin, stimulînd contracțiile care împing bolul alimentar și reglînd tranzitul la nivelul colonului. Prin accelerarea tranzitului intestinal, contactul mucoasei acestuia cu substanțe ipotetic cancerigene este scurtat, prevenind astfel acțiunea lor.

Între substanțele cu acțiune cancerigenă trebuie menționate nitrozoaminele, care rezultă din acțiunea acidului azotos asupra unor amine. Nitrozoaminele se formează din substanțe aflate în alimente sub formă de azotați, care sînt transformați sub acțiunea bacteriilor în azotiți. De asemenea, trebuie menționat rolul cancerigen al unor substanțe aditive, coloranți și conservanți utilizați în industrie.

Rolul factorului genetic apare incontestabil în cazul familiilor în care se constată o frecvență semnificativă a cancerului de colon. Astfel, s-au semnalat cancere de colon apărute la mai mulți membri ai aceleiași familii.

O serie de procese patologice localizate pe colon ca : rectocolita ulcerohemoragică, diverticuloza colonului și tumori benigne, în special polipoza, sînt incluse în categoria leziunilor precanceroase. Sub acest termen se înțeleg leziuni cronice inflamatorii și degenerative, care pot, în anumite condiții nefavorabile, să se transforme în cancer, după o evoluție îndelungată.

Cancerul intestinului gros se caracterizează printr-o evoluție multă vreme asimptomatică, silențioasă, manifestările clinice instalîndu-se tardiv.

În perioada asimptomatică, depistarea unui cancer de colon poate fi întîmplătoare, cu ocazia unui examen radiologic al intestinului gros (irigoscopie), efectuat cu

o altă indicație. Importantă în această perioadă este depistarea organizată a cancerului, prin cercetarea hemoragiilor oculte în scaun.

În perioada simptomatică sînt prezente următoarele semne : dureri, tulburări dispeptice, tulburări de tranzit intestinal, anemie, pierdere ponderală, febră, precum și tumoarea colonului, care se poate palpa. Aceste manifestări se instalează insidios, lent, cu simptome discrete, intermitente, de tip dispeptic, care sînt considerate de obicei banale, nesemnificative, fiind neglijate de obicei de bolnav. Uneori, bolnavii acuză, la cîteva ore după mese, balonări sau discrete dureri abdominale, senzație de disconfort abdominal, inapetență, grețuri. Alteori, semnele clinice care atrag atenția sînt reprezentate de diminuarea forței de muncă, astenie fizică și psihică, apatie.

Polimorfismul manifestărilor clinice, dar mai ales sărăcia și discreția simptomelor, intermitența acestora, sînt o cauză importantă care conduce frecvent la amînarea prezentării la consultația medicală și respectiv la întîrzierea stabilirii diagnosticului. Totuși, ceea ce este particular pentru cancerul de colon este faptul că semnele clinice, deși intermitente, sînt tenace, revin cu persistență și, mai ales, se îmbogățesc treptat, paralel cu dezvoltarea procesului neoplazic. Pentru a evita întîrzierea diagnosticului, este necesar ca în cazul tulburărilor dispeptice, dureroase și durabile, chiar dacă sînt de intensitate redusă, să ne prezentăm la consultația medicală. Aceasta este etapa principală în care nu trebuie să se omită suspiciunea de cancer de colon și să se recurgă la examenul radiologic, care este în măsură să precizeze natura suferinței respective.

O serie de boli ale aparatului digestiv întîlnite la unele persoane creează dificultăți în precizarea diagnosticului de cancer de colon. Astfel, este posibil ca în antecedentele patologice să se consemneze ulcere gastroduodenale, colecistite cronice litiazice sau nelitiazice etc., iar simptomatologia propriu-zisă a neoplasmului să fie raportată acestor vechi suferințe. În această situație, datorită lipsei de investigație adecvată, cancerul va evolua o lungă perioadă, fiind „mascat" de vechea leziune ulceroasă sau veziculară. Numai lipsa de răspuns la tratamentul aplicat, prezența sîngerărilor în scaun sau semnele de alterare a stării generale, vor fi singurele în măsură să corecteze diagnosticul, dar de această dată cu mare întîrziere.

Relativ frecvent, cancerele de colon se manifestă cu tulburări de tranzit : fie un tranzit accelerat (diaree), fie un tranzit încetinit (constipație) sau, mai ales, alternanță de diaree și constipație. Instalarea „acută" a constipației la o persoană care a prezentat înainte tranzit normal implică obligatoriu efectuarea unei irigoscopii pentru precizarea cauzei.

În stadiile evoluate ale cancerului, care obstruează însă numai parțial lumenul colonului, apar manifestări de subocluzie, caracterizate prin crize dureroase intense de tipul colicilor abdominale, însoțite intermitent de zgomote hidroaerice și urmate de momente de acalmie tranzitorie, după evacuarea unor cantități de materii și gaze.

Semnele clinice de ocluzie totală, manifestate prin oprirea completă a scaunului și emisiunilor gazoase, sînt expresia unui cancer foarte avansat.

Din prezentarea manifestărilor clinice reiese cu claritate că diagnosticul cancerului de colon se bazează în mod esențial pe explorarea radiologică (irigoscopie). În cazurile în care explorarea radiologică nu permite, datorită dimensiunilor reduse ale procesului neoplazic, evidențierea unor semne indubitabile de cancer, dar simptomatologia clinică persistă, se va recurge la colonofibroscopie, metodă de mare valoare diagnostică. Este vorba de explorarea endoscopică, utilizînd aparatul numit colonofibroscop, cu ajutorul căruia se poate studia aspectul mucoasei colonului.

Din cele prezentate reies clar obiectivele principale pe care trebuie să le avem în vedere în campania de profilaxie, de stabilire a diagnosticului și de aplicare a tratamentului într-un stadiu util. Datorită penuriei cunoștințelor actuale privind etiopatogenia cancerului de colon, o atenție deosebită trebuie acordată eliminării factorilor incriminați ca avînd rol în geneza acestor cancere.

Pe de altă parte, succesul în tratamentul cancerului de colon, respectiv vindecarea durabilă, este condiționată de prezentarea în timp util la consultația medicală a persoanelor cu semnele clinice descrise.

Astfel, prin respectarea principiilor menționate, cancerul de colon poate să fie prevenit sau diagnosticat în stadii puțin avansate, beneficiind de tratamentul chirurgical radical, cu vindecare definitivă.

melanomul MALIGN

Melanomul malign este o formă de cancer care se dezvoltă din celulele melanice sau melanocite, celule care asigură pigmentarea „bronzată" a tegumentelor. Aceste celule se găsesc şi la mucoase şi de aceea, uneori, melanoamele maligne pot apărea pe mucoasa bucală, nazală, digestivă etc. Datorită pigmentului, numit melanină, neoplazia are culoarea brun-închisă. Există destul de rar situaţii în care lipsind pigmentul, melanomul apare necolorat.

Cel mai frecvent, melanomul malign apare pe fondul unor nevi, pete de culoare închisă, care se pot observa pe pielea fiecărui om. In cursul vieţii, aceste pete banale pot degenera în cancer, în proporţie de unu la un milion. De aceea, melanomul malign este considerat o tumoare relativ rară.

In ceea ce priveşte repartiţia pe sexe, s-a constatat o uşoară predominanţă a acestui tip de tumoare la bărbaţi faţă de femei.

Frecvenţa localizării cutanate este evident mai mare decît la mucoase : aproximativ 80–90% din melanoamele maligne sînt localizate pe piele şi doar 10–20% sînt depistate pe mucoase.

Cercetările efectuate au scos în evidenţă faptul că melanoamele cutanate sînt mai frecvente pe suprafeţele expuse razelor solare (cap, gît, membre superioare). De asemenea, s-a constatat că incidenţa melanomului malign este în funcţie de vîrstă, înregistrîndu-se o frecvenţă mai mare la bărbaţii între 50 şi 60 de ani, iar la femei, aceasta cunoaşte două vîrfuri : la 30 şi la 50 de ani. Explicaţia acestor vîrfuri este pusă în legătură cu perioadele de maximă activitate estrogenică. Cu toate acestea, se poate afirma că nici o vîrstă nu este scutită de posibilitatea de a contracta această boală, ea putînd fi observată de la naştere şi pînă la vîrste destul de înaintate.

Între cauzele care duc la apariţia melanomului malign, pe primul plan se situează nevul pigmentar, iar în al doilea rînd sînt incriminate traumatismele repetate, care vizează aceeaşi regiune. Astfel se explică melanoamele care apar la talpă. Există cazuri în care depilarea gambelor la femei, după o practică mai îndelungată, a dus la apariţia acestei boli. În cele mai multe cazuri însă, traumatismele repetate provoacă cancerizarea nevilor preexistenţi. Din acest motiv, se recomandă ca suprafeţele pe care există nevi pigmentari să nu fie supuse ştergerii brutale, lovirii, strîngerii cu cureaua, cu elastice sau corsete.

Deoarece cel mai adesea melanoamele maligne provin din petele sau nodulii pigmentaţi, este util să cunoaştem cîteva elemente care ne pot atrage atenţia asupra procesului de trecere de la faza benignă la cea malignă. Fiecare din noi sîntem purtătorii unor pete colorate, a căror prezenţă însă nu o simţim. În momentul în care, printr-un simptom sau altul, devenim conştienţi de existenţa acestor pete, prezentarea la medic este absolut obligatorie.

Dar care sînt simptomele care ne atrag atenţia asupra uneia din multiplele pete melanice pe care le avem pe piele ?

De primă importanţă este creşterea în suprafaţă şi înălţime. Coloraţia suprafeţei pigmentate se poate accentua sau poate lua aspectul pătat, alternînd zone de culoare mai închisă cu zone mai albe. Suprafaţa, care pînă atunci era rugoasă şi mată, devine netedă şi lucioasă, iar locul unde nevul se continuă cu pielea normală îşi pierde supleţea şi apare cu contur dur. Alături de aceste semne obiective, în zona afectată pacientul acuză mîncărimi, discrete arsuri, precum şi alte semne subiective, ceea ce creează bolnavului un disconfort local.

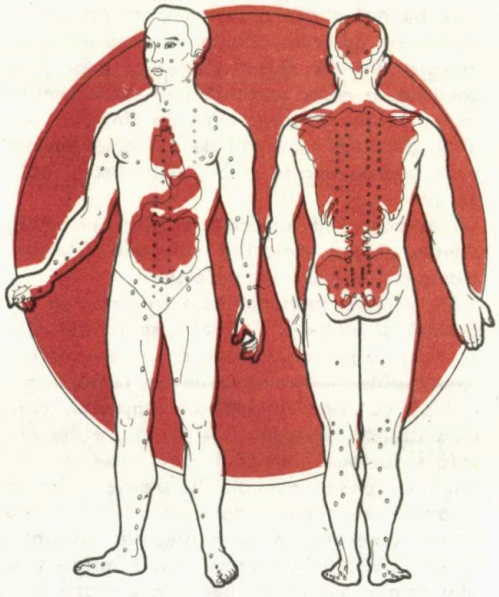
Dacă simptomele prezentate constituie semne posibile de transformare malignă, există cîteva semne de mare probabilitate a trecerii dinspre benign spre malign. Acestea sînt : ulcerarea spontană a leziunii, cu sau fără sîngerare, sau sîngerarea lor la uşoara atingere. Diagnosticul nu poate fi pus cu certitudine decît după examinarea microscopică, iar pentru a efectua această examinare este necesară excizia tumorii. De aceea, atragem atenţia că în faţa unei leziuni pigmentare, cu sau fără semne de transformare malignă, este cu desăvîrşire interzisă o recoltare parţială pentru analiză. Acest mod de a recolta materialul biopsic a dus adesea la ade-

vărate tragedii. Leziuni care s-au dovedit benigne, prin traumatismul recoltării au degenerat malign, avînd o evoluție fatală în cîteva luni. De aceea, trebuie respectată o anumită conduită terapeutică. Astfel, orice pată suspectă va fi îndepărtată în totalitate numai cu bisturiul electric, sub anestezie generală, iar traiectul inciziei se va face prin țesut sănătos pînă la o distanță de cel puțin 3 cm de marginea vizibilă a leziunii.

Accentuăm asupra faptului că legarea cu ață a nevilor pediculați sau arderea zonelor pigmentare cu diverse substanțe caustice nu au nici pe departe efect curativ ; dimpotrivă, aceste practici expun pacientul la posibilitatea degenerării maligne, prin traumatism, a unui nev eventual benign. Dealtfel, se știe că este mai ușor să previi decît să tratezi. Or, dacă nu putem preveni apariția nevilor, cu care cei mai mulți dintre noi ne naștem, trebuie să evităm factorii provocatori ai malignității. Chiar atunci cînd au apărut modificări ale nevilor, prezentarea într-un serviciu dermatologic sau chirurgical ne poate feri de surpriza unor evoluții spre un diagnostic sumbru.

DR. **LAZĂR LUCIAN**
Institutul oncologic, Cluj-Napoca

ACUPUNCTURA



O METODĂ MEDICALĂ MEREU ACTUALĂ

În luna iunie 1979, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a convocat la Beijing (Pekin) primul seminar internațional cu participanți din 12 țări, avînd ca temă în dezbatere „acupunctura". Concluzia a scos în evidență că acupunctura, prin numeroasele probe ale eficacității, a devenit o adevărată disciplină clinică medicală.

Terapia prin acupunctură se bucură astăzi de o atenție deosebită în Asia, Europa și America. În Japonia sînt peste 6 000 de medici practicieni, iar în Statele Unite acupunctura este aplicată de mult timp, aici existînd un important grup etnic de origine chineză. În Europa, acupunctura a fost introdusă spre sfîrșitul secolului al XVIII-lea, dar abia în ultimii 10—15 ani a fost cunoscută de publicul larg, odată cu executarea primelor intervenții chirurgicale sub anestezie prin acupunctură.

În prezent, atenția care se acordă acupuncturii valorează aproape ca o redescoperire a metodei.

Pînă în urmă cu cîțiva ani, medicii europeni au încadrat-o în rîndul metodelor fizice de terapie, în genul masajelor, băilor și procedeelor electrice. Mai mult, unii practicieni au considerat-o o reflexoterapie, pentru ca în prezent să existe o explicație absolut științifică a acestei metode. Ea se bazează pe una din cele mai importante descoperiri de neurofiziologie. Este vorba de punerea în evidență a unor zone cerebrale speciale, a căror stimulare produce analgezie (suspendarea senzației dureroase). Acest efect este posibil datorită eliberării, la nivelul sistemului nervos central, a unor substanțe endogene cu proprietăți asemănătoare morfinei, produse de creier pentru creier. Au fost numite endorfine (morfină endogenă) sau encefaline (encefal = creier) și sînt stocate în terminațiile nervoase, constituind adevărați neuromediatori.

Descoperirea neuronilor care conțin encefaline și în măduva spinării denotă faptul că stimulul nervos poate fi influențat chiar la punctul de intrare în sistemul nervos central. Aceste descoperiri recente au o importanță considerabilă pe plan

terapeutic, precizînd locurile de acțiune ale drogurilor analgezice, anestezice, neuroleptice, tranchilizante și deci și ale acupuncturii.

Astfel, există astăzi o explicație a eficienței acupuncturii, a posibilităților ei terapeutice și de îndepărtare a durerii.

În esență, acupunctura constă în excitarea prin înțepare cu ace metalice, la o adîncime de 2—3 mm, a unor zone punctiforme, bine definite, ale pielii corpului. Suprafața lor este redusă, de 1—2 mm^2, avînd o sensibilitate care ajunge la valori specifice, atunci cînd organul cu care se găsesc în corelație este afectat. Fenomenul este posibil prin modificarea energiei produsă de organul bolnav sau de sursa de durere, în sensul creșterii sau scăderii acesteia.

Această energie circulă pe niște căi numite meridiane, care merg în lungul corpului. Pe traiectul acestor meridiane, energia suferă modificări sau se concentrează în punctele tegumentare care realizează conexiuni cu organele interne. Așa se explică, de exemplu, încetarea durerilor hepatice prin aplicarea căldurii pe regiunea tegumentară respectivă, încetarea durerilor reumatice și nevralgice prin masaje efectuate bolnavului, uneori fără indicații medicale. Starea de sănătate se caracterizează deci printr-un echilibru dinamic între energia principalelor meridiane, iar boala va însemna, în primul rînd, un dezechilibru energetic, care poate fi restabilit prin stimulare cu ajutorul acupuncturii.

Există un număr de 12 meridiane pe fiecare parte a corpului, corespunzînd celor 12 luni ale anului, plus două meridiane centrale, anterior și posterior. Clasic, numărul punctelor de acupunctură este de 365, corespunzînd zilelor anului, iar în prezent s-au detectat 1 000 de puncte, între ele existînd posibilitatea unui mare număr de combinații.

Eficacitatea deplină a acupuncturii se manifestă asupra tulburărilor funcționale, iar durerea constituie o a doua indicație majoră. Cînd la baza afecțiunii se află o leziune organică, durerea este singurul simptom ameliorat.

Opiniile specialiștilor sînt unanime în recunoașterea efectelor de refacere a funcțiilor organismului, de creștere a rezistenței sale și de tonifiere a capacităților analgezice, imunologice, antiinflamatorii, antiseptice și antișoc.

În ceea ce privește afecțiunile la care este recomandată acupunctura, există o diversitate de păreri. Organizația Mondială a Sănătății apreciază ca cele mai indicate afecțiuni următoarele :

— *aparatul respirator :* sinuzita acută, rinita acută, traheobronșita acută, astmul bronșic (mai ales la copii) ;

— *tulburări oculare :* conjunctivita acută, retinita centrală, miopia (la copii), cataracta (fără complicații) ;

— *afecțiuni dentare :* durerile dentare, durerea după o extracție dentară, gingivita ;

— *tulburări gastrointestinale :* spasmele esofagului și cardiei, gastrita acută și cronică, hiperaciditatea gastrică, ulcerul duodenal acut (fără complicații) sau cronic (pentru combaterea crizei dureroase), colitele acute și cronice, dizenteria bacilară acută, constipația, diareea, ileusul paralitic ;

— *tulburări neurologice și osteomusculare :* cefaleea, migrena, nevralgia de trigemen, paralizia facială (în stadiile precoce — primele 6 luni), enurezis nocturn, nevralgia intercostală, sindromul cervicobrahial, epicondilita jucătorilor de tenis, nevralgia sciatică, lombalgiile, osteoartritele.

Folosirea acupuncturii pentru realizarea anesteziei chirurgicale s-a încercat la peste 100 de tipuri de intervenții chirurgicale, reușindu-se rezultate constant pozitive la un număr de 20—30 de tipuri de operații curente. Cea mai mare eficacitate se obține la intervențiile efectuate la cap și torace.

Sub anestezie acupuncturală au fost posibile intervenții de mare anvergură : gastrectomii, splenectomii, laringectomii totale sau operații pe cord deschis cu circulație extracorporeală.

După opinia Organizației Mondiale a Sănătății, acupunctura poate deveni o practică terapeutică pe scară largă dacă va lua ființă un centru internațional de informare și de formare a cadrelor de specialiști, precum și dacă marea masă a populației va poseda cît mai multe noțiuni asupra securității procedeelor de acupunctură, dar, în

același timp, asupra indicațiilor și mai ales asupra limitelor existente.

În acest sens, demne de relevat sînt exemplele de terapie acupuncturală, descrise de J. Bland și apărute în revista „Santé du monde", din care aflăm că o bolnavă de poliomielită, în vîrstă de 26 de ani, din Manjing (Manking), Hou-Qing-Yi, după ce a fost supusă unor tratamente medicamentoase obișnuite timp de un an, nu putea să meargă, deși sensibilitatea îi revenise la unul din picioare. După executarea a trei serii de tratament acupunctural de cîte 10 zile, folosind punctele aflate pe spate, coapse și gambe, pacienta a mers singură.

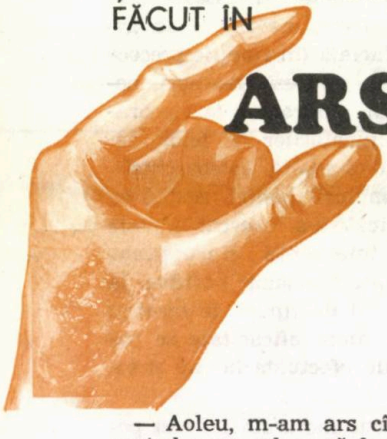
De asemenea, în districtul Shun-Yi, acupunctura este folosită ca metodă de anestezie la extracțiile dentare. Pentru aceasta, acul de acupunctură se implantează într-o zonă a obrazului drept și este rotit între degete, timp de 20 de secunde. Analgezia este totală și nu se produce nici un fel de hemoragie.

Și la Institutul de tuberculoză și boli pulmonare de lîngă Beijing (Pekin) au loc intervenții laborioase sub anestezie acupuncturală. Pentru extirparea unei tumori pulmonare, acul este implantat într-o zonă a antebrațului drept, imprimîndu-i-se o mișcare repetată de sus în jos. Acul se extrage după terminarea intervenției, durerile postoperatorii sînt reduse, iar vindecarea mai rapidă.

Tot mai mult, arta ancestrală a acupuncturii devine o știință pur medicală, iar în viitor se prevăd progrese spectaculoase prin folosirea tehnicilor cu izotopi și microelectrozi, transformînd-o într-o specialitate medicală de anvergură.

Dr. ALEXANDRU DOBRE
Spitalul clinic „Giulești"

CE TREBUIE ȘI CE NU TREBUIE FĂCUT ÎN ARSURI



— Aoleu, m-am ars cînd am vrut să aprind aragazul, ce să fac ? !

— Alo, copilul meu și-a vărsat laptele cald pe picioare și-l ustură ! Cu ce să intervin ?

— M-am ars cu fierul de călcat și mă doare rău ! Ce să pun acolo ?

— M-am electrocutat la priză ; s-a albit degetul, s-a sgîrcit, dar nu mă doare ! Trebuie să mă mai pansez ?

Aceste chemări și întrebări se aud adesea, adresate atît medicului pediatru, de medicină generală, medicului de întreprindere, cît și celorlalți specialiști sau chiar în discuțiile curente dintre cunoscuți, pe stradă, în autobuz, în magazine etc.

Adevărul este că se cunoaște prea puțin despre arsuri și, mai ales, nu se știe un lucru extrem de important, acela că *toate arsurile trebuie tratate*. Într-adevăr, majoritatea dintre noi sîntem tentați să lăsăm netratate leziunile de arsură mici, limitate, mai ales cele care nu dau dureri. Trebuie spus că o asemenea atitudine duce la agravări neașteptate : mai întîi, pentru că *orice arsură cît de mică se poate infecta și poate să dea complicații dacă nu este tratată corect* și apoi, pentru că arsurile care nu sînt dureroase sînt, paradoxal, mai grave decît celelalte. Dar pentru a înțelege acest fenomen este necesar să cunoaștem că pielea conține, în grosimea ei, terminații nervoase senzitive, care transmit, odată cu senzația atingerii, a căldurii și a frigului, și pe aceea a durerii. Cînd se produce arsura, terminațiile respective transmit durerea ; dar cînd arsura este foarte profundă, odată cu pielea sînt arse și terminațiile nervoase, ceea ce face ca arsura să nu mai doară. Acestea sînt arsurile indolore ale leziunilor profunde. Iată de ce trebuie să fim atenți cu *arsurile care nu dor !*

Rezultă, așadar, că și arsurile indolore trebuie arătate medicului, pentru a fi tratate. Practic vorbind, orice persoană care a suferit o arsură trebuie să se prezinte la medic cît mai curînd, deoarece leziunea de arsură constituită creează o comunicare largă a organismului cu mediul exterior agresiv. Prin ea se pierde sînge și plasmă, proteine și căldură și tot prin ea pătrund o

serie de microbi care se înmulțesc repede în mediul nutritiv ideal, constituit de substanțele biologice necrozate de arsură. De aici, microbii se răspîndesc rapid în tot organismul pe cale limfatică și apoi sanguină, intoxicîndu-l.

Țesuturile necrozate de acțiunea factorului termic sînt toxice. O parte din ele — enzime proteolitice provenite din distrucția celulară — ies în mediul extracelular și atacă alte celule vecine sănătoase sau doar parțial lezate de căldură, distrugîndu-le secundar. Netratată la timp, leziunea de arsură „se adîncește", adică mortificarea celulară atinge, din aproape în aproape, straturi tot mai profunde de celule ale pielii. Această aprofundare a leziunilor crește durerea (fenomen subiectiv imediat), atingînd filetele nervoase senzitive pe care le irită, agravînd leziunea locală, ca și întreaga evoluție postcombustională (fenomene tardive).

Iată rațiunea pentru care arsul trebuie să se prezinte imediat la medicul chirurg din spital, pentru a opri cît mai curînd toate aceste mecanisme morbide. Arsura, indiferent de cauză, produce o leziune localizată la piele, iar uneori și sub ea, caracterizată prin *întindere* (arsură mare) și *profunzime* (arsură profundă).

Astfel, *după profunzime*, se disting arsuri de gradul I — cele mai superficiale — caracterizate prin roșeață cu usturime și chiar durere, cele mai tipice fiind arsurile solare. Acestea se vindecă singure în 2—3 zile și nu pun probleme deosebite dacă nu sînt foarte întinse. Cunoaștem cu toții hipertermia (febra) ce însoțește lungile expuneri vara la soare, într-o excursie de duminică sau în concediu pe litoral.

Cele mai frecvent întîlnite sînt arsurile de gradul II, mai adînci decît primele, caracterizate prin flictene (băsici) cu conținut limpede, transparent, de culoare gălbuie, prezentînd, în general, dureri vii greu de suportat. Dacă sînt tratate corect, aceste arsuri se vindecă fără a lăsa alte urme decît o ușoară hiperpigmentație, care seamănă cu „bronzul" celor expuși la soare. Persoanele care au suferit astfel de arsuri trebuie să se prezinte de urgență la secția de chirurgie specializată, unde medicul va decide tratamentul adecvat, spitalizat sau la domiciliu.

Arsurile de gradul III, mai profunde decît precedentele, și în care aproape toată grosimea pielii a fost arsă, se prezintă cu flictene cu conținut sanguinolent (băsici roșii), avînd și porțiuni lucioase, elastice, de culoare roșie și puțin dureroase sau chiar *nedureroase*, deoarece terminațiile nervoase au fost și ele arse. Aceste leziuni de arsură nu se pot vindeca fără un tratament susținut de specialitate în spital, iar dacă au o întindere mare, ele necesită deseori și operație chirurgicală de grefare.

În sfîrșit, cele mai profunde leziuni de arsură sînt cele de gradul IV, în care toată grosimea pielii a fost arsă, de multe ori și straturile de dedesubt (grăsime subcutanată, fascie, mușchi, chiar oase), producîndu-se carbonizare și calcinare. Atunci cînd doar pielea este interesată, aceasta este uscată, întepenită (rigidă), mai „strîmtată", adică cu suprafața mai mică decît înainte, albicioasă sau neagră, insensibilă. Niciodată arsurile de gradul IV nu dor, deoarece și terminațiile nervoase din piele au fost distruse de arsură.

Asemenea leziuni sînt totdeauna grave și de cele mai multe ori necesită operații de grefare. Tratamentul lor nu se poate face corect decît într-o secție chirurgicală de specialitate.

Întinderea arsurii este exprimată în procente din suprafața corpului, considerată 100. Astfel, pentru arsurile de gradul I (ca eritemul solar, de exemplu), suprafața „primejdioasă" arsă începe la aproximativ 25—30%; pentru cele de gradul II—III, la aproximativ 10—15%, iar pentru cele de gradul IV, chiar la 2%, în funcție de: localizare (regiuni funcționale, periarticulare, mîini, față etc.), vîrstă (mai grave la copii și bătrîni) și terenul bolnavului (boli cronice, insuficiențe organofuncționale, stări de denutriție, anemii, intoxicații cronice sau politraumatisme). Arsurile au o evoluție mai gravă în graviditate și puerperalitate.

De remarcat că, în general, în jurul volumului leziunii de arsură, vizibilă la exterior, organismul reacționează ridicînd „bariere" concentrice, care o izolează de restul corpului. Această „arie lezională globală" este cu mult mai intensă, mai voluminoasă decît o vedem noi; ea mobilizează și concentrează importante forțe sanguine, celulare, biochimice și imunitare (de apărare antiinfecțioasă) într-un mare volum de țesuturi. De aceste țesuturi depinde evoluția arsului, iar precocitatea și calitatea tratamentului de specialitate sînt decisive.

Dacă mai adăugăm la aceste aspecte ale arsurii sau din jurul arsurii răsunetul general al arsurilor mari, pe care îl au asupra organismului prin pierderile acute de

lichide, prin anemia ce o produc, prin tulburările metabolice, prin infecția ce însoțește obligatoriu plăgile de arsură în condițiile unei slabe apărări imunitare, ca și prin grava și îndelungata denutriție, devine evidentă necesitatea consultării de urgență a unui specialist.

Dar ce trebuie să facem cînd sîntem martorii unui incendiu cu victime omenești, cînd asistăm la producerea unei arsuri ? Primul lucru care trebuie făcut este *scoaterea victimei de sub influența focului vulnerant.* Dacă este vorba de arsuri prin flacără, arsul va fi împiedicat să fugă, pentru a nu-și agrava arsurile. După scoaterea arsului din flacără și stingerea focului de care este cuprins, prin acoperire cu pături, *orice manevră locală este strict interzisă.* Arsul *nu* va fi dezbrăcat, ci învelit rapid într-o cuvertură, pînză curată sau cearșaf, care-l vor proteja pe el și îmbrăcămintea lui, și va fi condus, *fără nici un alt tratament local, cu cel mai rapid mijloc de transport,* la *cea mai apropiată unitate chirurgicală cu paturi* (spital). Această atitudine de „neintervenție locală totală" și de urgență extremă în transportarea arsului la spital este cea care dă cele mai bune rezultate.

Sînt condamnate total : ștergerea blîndă a plăgilor de arsură (pericol de suprainfecție), dezbrăcarea (care rupe flictenele, favorizînd infectarea lor), aplicări locale de orice substanțe (și se cunosc o infinitate de „panacee" folosite în acest scop, cum sînt : ulei, unt, smîntînă, untură, ou crud, iaurt, pastă de bicarbonat, sare, făină, praf de stradă, pămînt amestecat cu apă etc.), care pot compromite grav starea locală și, implicit, cea generală a arsului. Singura intervenție permisă pe leziunile de arsură mici și superficiale — deci dureroase — pînă la prezentarea la medicul specialist va fi imersiunea în apă rece, curată (jet continuu de apă la temperatura camerei) și badijonare cu alcool medicinal. Temperatura relativ scăzută a apei preia excesul termic al țesuturilor lezate și calmează durerea, îngreuind și „adîncirea" leziunilor. Alcoolul, prin efectul superficial de evaporare, scade de asemenea temperatura locală, ușurînd durerea și dezinfectînd parțial plaga.

Apoi, victima se va acoperi cu o față sau o pînză curată și se va prezenta la medicul specialist.

În cazul *arsurilor prin lichid fierbinte sau vapori fierbinți,* atitudinea este aceeași.

În *arsurile prin explozie,* mai ales dacă se petrec în spațiu închis, gravitatea este dată și de interesarea căilor aeriene superioare (nazofaringe, trahee, bronhii), prin efectul direct și instantaneu al descărcării energiei de explozie. Transportul arsului la spital va fi, dacă se poate, și mai rapid.

Arsurile chimice cu acizi sau cu baze, mai ales la părțile descoperite ale corpului (față, gît, mîini, picioare etc.) beneficiază de spălări prelungi și abundente cu apă la temperatura camerei, în flux continuu, care va antrena cantitatea de substanță caustică nefixată încă de țesuturile organismului. Această atitudine este recomandată îndeosebi în atingerea ochilor de către substanța acidă sau bazică. Ochii se vor spăla foarte repede, mult și îndelung, cu jet puternic de apă, care să pătrundă și în fundurile de sac conjunctivale. Apoi, *după aproximativ 30 de spălături abundente,* bolnavul trebuie transportat cu aceeași rapiditate la cea mai apropiată secție de oftalmologie.

În caz de arsuri cu pulbere de oxid de calciu (var nestins), aceasta va fi îndepărtată cît mai repede, mai întîi uscat, iar apoi cu alcool și, în cele din urmă, prin spălare sub un jet foarte rapid de apă, pentru a dilua pulberea înainte ca ea să dea reacția termică mare, cunoscîndu-se aviditatea ei pentru apă și violența combinării cu apa. Apoi bolnavul va fi transportat cît mai repede la un spital cu secție de chirurgie.

Arsurile chimice, deși aparent mai puțin grave, se vindecă totdeauna cu cicatrice hipertrofice, avînd o evoluție îndelungată și adesea cu colorație hipercromă.

În general, mai devreme sau mai tîrziu, în stadiul de arsură sau de cicatrice postcombustională, arsura chimică necesită, mai mult decît alte arsuri, tratament chirurgical.

În afara arsurilor *termice* provocate de *electricitate,* cum sînt cele prin flamă electrică, de exemplu, trecerea curentului electric prin corpul omenesc produce *leziuni locale specifice,* în general extrem de grave, în funcție și direct proporționale cu rezistența electrică a diverselor țesuturi interesate (arsuri prin efect termoelectric, coagulare proteică), precum și grave tulburări ale sistemelor, organelor interne și aparatelor.

În fața unei electrocuții cu arsuri electrice avem datoria să scoatem imediat victima de sub acțiunea curentului electric, prin întreruperea acestuia. Cînd acest lu-

cru nu este posibil, se scurtcircuitează curentul, aruncînd peste el un obiect bun conducător de electricitate (bară, cleşte de fier etc.), iar electrocutatul este tras de haine cu o bucată de lemn, cu un scaun etc. sau chiar cu mîna (înmănuşată), salvatorul stînd pe un obiect izolator (scînduri, fund de lemn, haine, preş uscat). Odată scos de sub acţiunea curentului electric, se sting hainele care ard (dacă este cazul), prin înăbuşire cu pături, iar victima va fi întinsă pe jos, i se vor descheia hainele, gulerul, cureaua de la pantaloni şi se va începe imediat respiraţia artificială gură la gură sau gură la nas, precum şi masajul cardiac extern. Totodată, va fi chemată salvarea de extremă urgenţă. ***Respiraţia artificială şi masajul cardiac extern nu vor fi întrerupte sub nici un motiv*** pînă la sosirea salvării, care preia aceste acţiuni cu pulmotorul (respirator artificial) şi defibrilatorul, pînă la reanimarea victimei.

Dat fiind că respiraţia gură la gură sau gură la nas, ca şi masajul cardiac, sînt extrem de obositoare, este necesar ca la 5 sau 10 minute, salvatorii să fie schimbaţi. Se vor realiza 60 de apăsări toracice şi 30 de respiraţii pe minut (2 apăsări pentru o respiraţie). Orice oprire compromite definitiv soarta electrocutatului. Între timp, altcineva va controla pulsul periferic şi revenirea la culorile normale ale tegumentelor accidentatului, acesta putînd prezenta tegumente albastre-violacee sau albe, ultima formă fiind mai gravă decît prima.

Leziunile locale de arsură nu vor fi atinse, ci învelite în cearşafuri curate şi tratate numai la spital.

Trebuie ştiut că arsurile electrice prezintă o componentă subcutanată (invizibilă la exterior) deosebit de gravă, realizată prin coagularea proteinelor vii, datorită trecerii curentului electric, urmată de necroza (mortificarea) progresivă a părţilor moi (grăsime, muşchi, nervi, vase, articulaţii).

Datorită gravităţii leziunilor locale ca şi faptului că electrocutatul, chiar dacă a fost salvat de la moarte, rămîne un mare accidentat, un şocat, se impun măsuri terapeutice generale şi locale de extremă urgenţă.

Pentru a împiedica suprainfecţiile, se recomandă evitarea vizitelor la aceşti bolnavi spitalizaţi, deoarece, de multe ori leziunile de arsuri în curs de vindecare (epitelizare) se lasă „deschise", adică fără pansamente, deci fără protecţie. Vizitele aduc celor arşi cu plăgile deschise microbii de pe haine, de pe mîini, din gură şi din nas (orice discuţie *deasupra rănilor* le poate contamina).

Se recomandă persoanelor care au suferit leziuni uşoare şi care au fost tratate iniţial într-un serviciu de chirurgie, să se prezinte periodic la tratament şi la controalele indicate de medic, respectînd întocmai indicaţiile. Nu se va apela sub nici un motiv la sfaturile „competente" ale rudelor, cunoştinţelor şi prietenilor, rănile nu vor fi unse cu nimic şi accidentaţii vor păstra repaus, cu regiunile lezate aşezate mai sus decît restul corpului.

După cum am putut constata, arsurile sînt prin ele însele o afecţiune gravă şi destul de frecvent întîlnită la toate vîrstele, iar nerespectarea întocmai a regulilor de tratament le agravează evoluţia. Vom reţine deci că în funcţie de precocitatea şi corectitudinea primului tratament — cel de urgenţă — depinde, de cele mai multe ori, vindecarea rapidă şi fără urmări a arsurii sau, dimpotrivă, agravarea, uneori fatală, a evoluţiei arsului. Să ne adresăm deci cît mai rapid şi cu încredere medicului specialist ; numai astfel vom găsi alinarea durerii şi vindecarea corectă a leziunii.

ŞTEFAN MILICESCU
doctor în medicină
medic primar, chirurgie plastică

– Peste două zile puteţi scoate pansamentul.
– Şi ce-am să fac, că nu văd nimic ! ! !
– Îl deschideţi pe celălalt...

•Suspiciune•

Un bolnav, întins pe-o masă
de spital, cu ochii duși,
zise cu o voce joasă :
— Știu de ce purtați mănuși !

La chirurgul fără frică,
orice-acțiune e prudentă,
nu cumva — la o adică —
să mai lase și-o amprentă !

TEODOR MARICARU

„DIAGNOSTICE" MEDICALE

Comă : începutul sfîrșitului.

Convalescență : vacanța bolnavului.

Grădină publică : sanatoriu pentru inimă albastră.

Irișî : flori oftalmologice.

Mamoș : barză personificată.

Obezitate : stoc supranormativ de kilograme.

Oftalmologie : știință de ochii lumii.

Tramvai : gimnastică în colectiv.

Ventilator: răceală la fierbințeală.

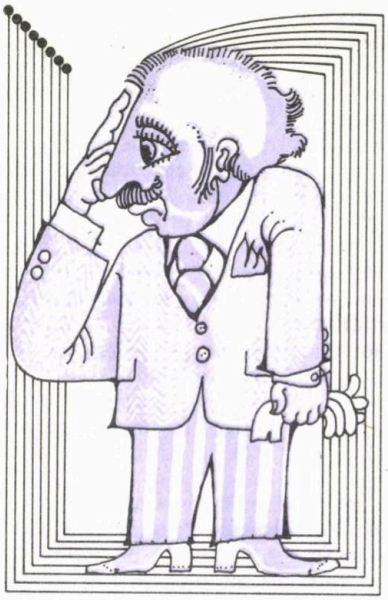
V. D. POPA

»teoria vidului«

Dichisit, cum se cuvine,
După ultimul model,
El discută tocmai bine
Doar la cel mai-nalt nivel.
Într-o zi, era pe toamnă,
Cineva c-un gest candid
L-a-ntrebat : ce-anume-nseamnă,
Mai exact, cuvîntul vid ?

— Vezi, cu vidu-i o poveste,
Sensul uneori îl scap,
Nu pot explica ce este,
Dar îl am precis în... cap.

TEODOR MARICARU



Aspecte psihologice ale protezatului dentar

Încă din timpurile cele mai vechi au existat preocupări ale oamenilor de a avea un aspect fizionomic plăcut, de a-şi masca şi corecta eventualele pierderi dentare, de a restabili un echilibru al unor funcţii normale ale organismului.

Dar în afara refacerii funcţiei masticatorii, a celei fizionomice şi fonetice, la baza dorinţei de restabilire a arcadelor dentare stă componenta psihică, edentatul total avînd o serie de complexe, cu implicaţii adînci în viaţa socială.

Edentaţiile sînt desigur mai frecvente în raport cu vîrsta, ele constituind un apanaj specific vîrstelor înaintate, dar cu toate acestea se întîlnesc, într-o proporţie oarecare, şi la adulţi şi tineri, în perioada cea mai activă. Nu o dată, în practica stomatologică întîlnim cazuri cînd persoane tinere, datorită neglijenţei sau lipsei de igienă, îşi pierd dinţii.

Astăzi însă, ştiinţa modernă a permis realizarea unor materiale, aparaturi şi metode, care oferă posibilitatea executării de lucrări protetice mobile, ce pot satisface pe deplin din punct de vedere fizionomic, fonetic şi într-o mare măsură masticator pe orice edentat. Şi deşi s-au înregistrat progrese deosebite în tratamentele de înlocuire prin proteze a dinţilor pierduţi, există totuşi multiple situaţii în care protezele nu pot realiza o restaurare apropiată de starea normală a sistemului dentar.

Sînt numeroase cazurile cînd o lucrare protetică, deşi confecţionată corect, după toate principiile ştiinţifice, nu poate fi purtată de pacienţi, aceştia se acomodează cu greu la noua situaţie, sînt nemulţumiţi. Stările conflictuale create în situaţia de edentat se accentuează cu cele nou create în postura de protezat dentar.

Dar paradoxal ! În practica stomatologică se întîlnesc situaţii cînd lucrări slab concepute, de o execuţie îndoielnică, satisfac pe deplin persoana în cauză. Se pune atunci întrebarea : care sînt de obicei cauzele neacomodării la protezele mobile ? Nu cumva psihicul este cel preponderent, nu el este acela care pune amprenta insatisfacţiei şi inadaptării la noua situaţie ? Şi dacă astfel stau lucrurile, de un real folos se dovedeşte cooperarea dintre medic-pacient, în vederea formării unor trăsături psihice echilibrate, în care voinţa de a învinge dificultăţile trebuie să precumpănească asupra complexelor de inferioritate şi asupra unui spirit de descurajare.

În relaţia medic-pacient, un rol hotărîtor îl are cunoaşterea psihicului, iar medicul, prin sfaturile şi îndrumările privind purtarea protezei, pe care trebuie să le dea tot timpul cît pacientul este supus actului terapeutic al protezării, contribuie în mod cert la crearea unei noi deprinderi. Acest proces de adaptare la o nouă situaţie are semnificaţia unui conflict, exprimat printr-o acţiune de „modelare" a psihicului celui protezat.

Din cele expuse, reiese limpede faptul că aspectul psihic dominant este capabil să transforme un succes în eşec, chiar dacă lucrarea protetică este ireproşabilă din punct de vedere tehnic, sau invers.

O statistică efectuată în Franţa pe 5 000 de edentaţi total a scos în evidenţă faptul că adaptarea se realizează mult mai uşor la persoanele mai tinere, mai ales dacă acestea, prin activitatea pe care o practică, vin în legătură cu publicul. Din dorinţa de a nu ştirbi cu nimic din propria personalitate, acestea persevereză în adaptarea cît mai rapidă la noua situaţie.

Fără îndoială că medicul, în alegerea dinţilor şi în redarea fizionomiei, va căuta să nu scoată în evidenţă artificiul, printr-o culoare ireală sau printr-o aşezare impecabilă a dinţilor, ci va masca aspectul artificial al arcadelor prin realizarea unor torsionări şi atipii, prin alegerea unor forme şi culori corespunzătoare tenului, culorii părului, formei feţei etc. Mai mult chiar, se recomandă ca la proba machetelor să fie prezentă şi o persoană din anturajul pacientului, care îl cunoaşte din perioada de dentat natural, pentru a fi consultat.

Un factor deosebit de important în realizarea unei lucrări protetice îl constituie terenul anatomic, individual, local, adică cîmpul protetic, care poate fi uneori nefavorabil.

Stabilitatea unei proteze contribuie într-o bună măsură la aprecierea funcţionalităţii ei. Adesea sîntem confruntaţi în practică cu bolnavi cărora li se pare că mobilitatea pe care o au protezele în mod obişnuit este anormală. Această situaţie este valabilă pentru proteza inferioară, care este aplicată pe mandibulă, os care se mişcă, nefiind fix ca maxilarul superior. Suprafaţa de sprijin a protezei la mandibulă este mică, îngustă, cu o periferie foarte mare şi înconjurată de mulţi muşchi care acţionează asupra protezei, mobilizînd-o.

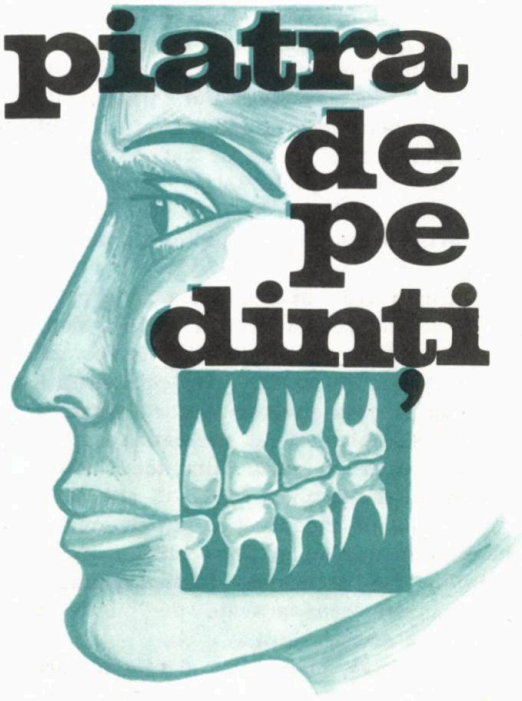
De aceea, se impune ca bolnavul să înveţe să folosească acţiunea musculară în folosul menţinerii protezei pe cîmpul protetic. În acest scop, el trebuie să facă mişcări mai puţin ample decît acelea efectuate cu dinţii naturali, să consume alimente mai puţin consistente, nelipicioase şi mult fragmentate, deoarece nu este permisă incizia alimentelor cu protezele.

Fără îndoială că la începutul purtării protezei se va instala o senzaţie de disconfort, tradusă prin aspecte fizionomice, fonetice, masticatorii şi chiar gustative.

De aceea, cunoscînd toate aceste detalii şi înţelegîndu-le, protezatul dentar va trebui să depună un efort încă de la începutul aplicării protezei, în sensul de *a învăţa să o poarte, să vobească, să mănînce.* Da, a învăţa cu perseverenţă şi răbdare, fără a se descuraja, pînă ce va cîştiga abilitatea necesară de a vorbi şi mînca bine, pînă ce proteza s-a integrat organic, iar funcţiile fiziologice au fost restabilite, asigurîndu-se o deplină satisfacţie.

Dr. OLGA BOBOC
asistent universitar
Facultatea de stomatologie, Bucureşti

piatra de pe dinți



DR. **FLORIN COLONAȘ**

Piatra dentară sau tartrul dentar se depune de regulă pe dinții frontali inferiori, și anume pe fețele dinspre limbă ale acestora.

Cauzele formării pietrei dentare sînt încă necunoscute, ea reprezentînd o combinație de săruri minerale care se depune pe dinți, chiar în ciuda celei mai riguroase igiene. În cazul unei igiene defectuoase, ca și în cazul unor carii netratate și deci a unei masticații practicate pe o singură parte, piatra se poate depune pe toată arcada, atît pe cea superioară, cît și pe cea inferioară, ajungînd să acopere, ca o adevărată crustă pietrificată, dinții nefolosiți.

Mulți bolnavi fac greșeala de a se opune detartrajului pe care medicul stomatolog îl practică în mod curent chiar în prima ședință de tratament. Unii bolnavi au falsa impresie că îndepărtarea pietrei atrage după sine slăbirea danturii, iar eventualele carii ascunse de piatră ar fi în acest fel protejate. În realitate, piatra dentară îndepărtează gingia, dezgolind dintele, ceea ce provoacă mari neajunsuri. În plus, piatra dentară reținînd resturile alimentare, periajul nu se va putea executa corect și igiena bucală va fi compromisă.

Detartrajul intră în mod obligatoriu în cadrul igienei bucodentare și al prevenirii îmbolnăvirii gingiilor. Depunîndu-se lent, în timp, tartrul nu este sesizat de către pacient decît în momentul îndepărtării lui. La atingerea cu vîrful limbii, persoana respectivă va avea senzația unui relief diferit, relief care dealtfel este cel normal. Degajîndu-se depozitul de tartru, vîrful limbii — care are o sensibilitate tactilă discriminatorie, cea mai fină din organism — percepe spațiile interdentare, ca și formele dinților, ceea ce va crea bolnavului o senzație ciudată de nou. Uneori, el va avea chiar și ușoare tulburări de fonație. Și cum după detartraj gingiile se badijonează cu clorură de zinc 30%, care are un rol antiinflamator, senzația va fi aceea de strepezire a dinților, identică cu cea care survine în urma consumării unor alimente acre, astringente.

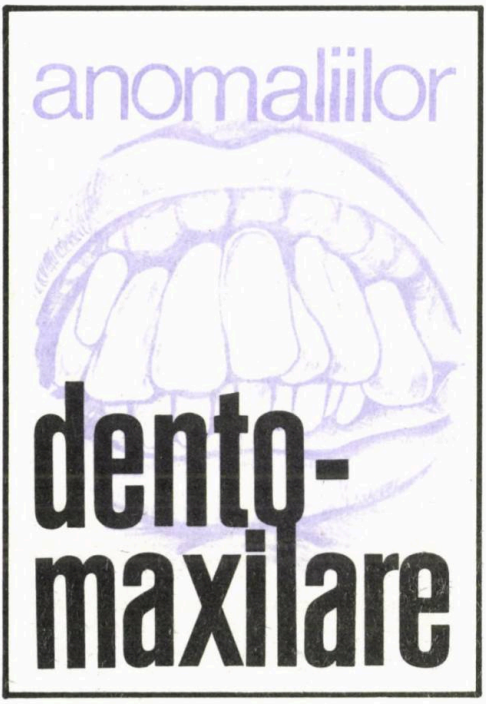
Se pune întrebarea dacă, în afara dinților naturali, tartrul dentar se poate depune și pe lucrări fixe sau mobile? Desigur! Ca și în cazul dinților naturali, nefolosirea pentru masticație a părții respective, ca și nerespectarea unei igiene bucale corecte, vor determina aceleași neajunsuri.

Referindu-ne la coloratia brună a dinților observată la fumători, menționăm că aceasta se datorește pătrunderii superficiale a nicotinei la nivelul prismelor de smalț. Ea poate fi îndepărtată cu ajutorul unei periuțe speciale, aplicată la piesele aparatului dentar, operație efectuată numai de medicul stomatolog. Continuînd să se fumeze, colorația reapare.

Se interzice cu desăvîrșire practicarea detartrajului în afara cabinetelor stomatologice, folosind o serie de instrumente improvizate, care nu fac decît să rănească gingia. De asemenea, este interzisă folosirea de substanțe chimice, în vederea dizolvării pietrei, substanțe care ard țesuturile moi, atacă smaltul, provocînd leziuni ireversibile.

— Draga mea, am slăbit cu 25 de kg... mi-au tăiat piciorul!

anomaliilor dento-maxilare



Sub termenul de anomalii dentomaxilare sînt cunoscute modificări morfologice şi funcţionale ale procesului normal de dezvoltare a aparatului dentomaxilar, care, pe lîngă masticaţie, serveşte şi la desfăşurarea altor funcţii ca : mimică, deglutiţie, fonaţie, avînd implicaţii chiar şi asupra respiraţiei.

Aceste modificări sînt sesizate cel mai adesea în momentul schimbării dinţilor temporari cu cei permanenţi, dar de multe ori perturbările sînt anterioare şi apariţia dinţilor permanenţi nu face decît să le exteriorizeze.

Frecvenţa anomaliilor dentomaxilare este foarte crescută. Ele sînt tulburări complexe, care interesează sistemul dentar (forma, mărimea, numărul, poziţia dinţilor), arcadele dentare şi raporturile dintre ele, dezvoltarea oaselor maxilare, dezvoltarea şi activitatea muşchilor acestei regiuni.

Deşi pacienţii solicită cel mai adesea tratament din motive estetice, trebuie ştiut că anomaliile dentomaxilare au repercusiuni asupra stării de sănătate a întregului aparat dentomaxilar.

Pentru a preveni apariţia lor, printre cele mai eficiente mijloace enumerăm :

— combaterea obiceiurilor vicioase (de exemplu : sugerea degetului, ţinerea de obiecte în gură, poziţii anormale în timpul somnului sau în starea de veghe etc.) ;

— corectarea respiraţiei pe gură, prin intervenţii efectuate în serviciul de otorinolaringologie şi exerciţii de gimnastică respiratorie ;

— asigurarea unei igiene bucale riguroase şi tratarea la timp a cariilor dentare, inclusiv cele ale dinţilor temporari.

Menţionăm că există concepţia greşită de a nu se trata dinţii temporari, deoarece se vor schimba cu cei permanenţi. Trebuie ştiut că o parte din aceşti dinţi rămîn pe arcade pînă la 11—12 ani, timp în care au de îndeplinit o funcţie masticatorie, menţinînd şi un echilibru intermaxilar. De asemenea, multe anomalii sînt cauzate sau agravate de pierderea precoce a acestor dinţi.

Tratamentul anomaliilor dentomaxilare instalate necesită de regulă timp îndelungat, deoarece trebuie corectat şi dirijat însuşi procesul creşterii şi al dezvoltării.

Terapia urmăreşte deopotrivă, corectarea morfologiei prin modificarea ritmurilor şi a sensurilor creşterii osoase la nivelul regiunii respective, deplasările unor dinţi, corectarea modificărilor de formă şi de dimensiune ale arcadelor dentare, precum şi raporturile dintre ele. De asemenea, urmăreşte normalizarea modului de desfăşurare a funcţiilor aparatului dentomaxilar şi echilibrarea tonusului dintre diferitele grupe musculare antagoniste, precum şi îndepărtarea cauzelor, dacă acestea persistă.

Pentru realizarea acestor scopuri, se apelează la metode şi mijloace terapeutice foarte variate, cu care se ocupă o ramură specială a stomatologiei, cunoscută sub denumirea de ortodonţie. Dintre metodele utilizate, pe primul loc se situează terapia cu ajutorul aparatelor ortodontice, precum şi prin exerciţii folosite singure sau în asociere cu alte mijloace : chirurgicale, protetice etc.

Pentru obţinerea rezultatelor optime este indispensabilă cooperarea pacientului, apor-

tul său şi al anturajului (pacientul fiind de regulă copil) la reuşită fiind considerabil.

Aparatele ortodontice sînt nişte construcţii speciale metalice sau combinaţii metalo-acrilice, care, datorită proprietăţilor materialelor componente şi a particularităţilor de construcţie, acţionează în sensul corectării anomaliilor dentomaxilare.

Unele dintre aceste aparate se fixează pe dinţi, de regulă prin cimentare, şi nu sînt scoase din gură decît de către medic la sfîrşitul perioadei de tratament. Acestea sînt cunoscute sub denumirea de aparate fixe. Altele dau posibilitatea pacientului să le introducă şi să le scoată singur din gură. Ele sînt cunoscute sub denumirea de aparate mobile şi sînt de două feluri : aparate care stau bine prinse pe arcada dentară cu ajutorul croşetelor sau altor sisteme de fixare şi aparate care stau libere în cavitatea bucală şi au permanent tendinţa să iasă din gură, obligîndu-l pe pacient să stea mereu cu gura închisă şi să efectueze contracţii musculare, generîndu-se astfel o energie care declanşează la aparatul ortodontic mecanisme de corectarea anomaliei.

În practica stomatologică se folosesc, în special, aparatele mobile şi de aceea se pune problema obţinerii unei colaborări depline a pacientului şi a anturajului său.

Încă înaintea începerii oricărui tratament ortodontic, se vor întreprinde unele măsuri care au drept scop învăţarea tehnicii corecte de efectuare a periajului gingivo-dentar, precum şi tratarea tuturor leziunilor carioase, a eventualelor inflamaţii gingivale şi îndepărtarea pietrei de pe dinţi (detartrajul).

De la caz la caz medicul poate indica şi alte măsuri terapeutice ca, de exemplu, înlăturarea obiceiurilor vicioase, învăţarea unui mod corect de a respira, îndepărtarea chirurgicală a vegetaţiilor adenoide.

Încă din momentul aplicării aparatului ortodontic, pacientul trebuie să capete convingerea că purtarea aparatului conform prescripţiilor este un act de terapeutică medicală, iar măsurile aplicate, indiferent de natura lor, nu pot constitui motive de reticenţă. În acest sens, am putea face analogie între aparatele ortodontice şi ochelarii pe care persoanele cu defecte de vedere sau oculomotorii sînt nevoite să-i poarte permanent. În cazul individului cu anomalii dentomaxilare, echivalentul ochelarilor îl constituie aparatul ortodontic, care nu poate fi abandonat sau neglijat.

Referitor la durata de purtare a aparatelor mobile, precizăm că pentru a obţine modificările scontate, aparatele trebuie purtate durata integrală de timp recomandată. În cele mai multe situaţii, într-un interval de 24 de ore, durata de purtare a aparatului este de 16 ore, din care obligatoriu noaptea. Nu trebuie să se renunţe nici o zi la purtarea aparatelor, deoarece s-a constatat că pentru fiecare zi de nepurtare sau de purtare incorectă a aparatului, se pierde echivalentul a cel puţin o săptămînă de tratament. Mai mult, recidivele fac mai dificilă continuarea acestuia.

Fără îndoială că aplicarea aparatului ortodontic declanşează o senzaţie de corp străin, care se însoţeşte de creşterea secreţiei salivare şi de dificultăţi în desfăşurarea funcţiilor, mai ales a celei de deglutiţie şi fonaţie. Aparatele nu sînt purtate în timpul meselor decît atunci cînd există indicaţii speciale.

Dacă aparatele sînt bine adaptate, aplicate corect şi sînt purtate numărul de ore recomandat, acomodarea se obţine foarte repede, aşa cum se obţine acomodarea la purtarea ochelarilor. Secreţia salivară se reduce şi ea la valori normale în maximum 7—10 zile. Pentru a putea să vorbească clar, i se recomandă pacientului să facă exerciţii de dicţie. Stînd singur în cameră, acesta va citi un text rar şi cu voce tare, pronunţînd complet cuvintele, repetînd cuvîntul pentru care există dificultăţi, pînă la pronunţarea lui clară, aşa cum procedează edentaţii total la care s-a făcut restaurarea prin proteze.

Aparatele ortodontice, fiind construcţii din acrilat şi sîrmă, se pot sparge şi deforma cu uşurinţă. De aceea, ele trebuie ţinute în cavitatea bucală pe toată durata indicată purtării lor, iar în restul timpului vor fi păstrate cu grijă într-un loc anume. Cele care se vor purta permanent

trebuie spălate după fiecare masă, prin frecare cu o periuță de mîini și cu săpun, insistînd asupra marginilor, a suprafeței care vine în contact cu mucoasa maxilară și a sîrmelor.

O atenție sporită trebuie acordată igienei cavității bucale, efectuînd sistematic periajul corect al dinților și clătirea gurii.

Aparatul ortodontic odată aplicat în cavitatea bucală nu duce în mod automat la corectarea anomaliei. Sînt necesare ședințe periodice de control, în cadrul cărora medicul face aprecieri asupra evoluției tratamentului, procedînd la modificarea și la activarea părților componente, pentru a fi apte să producă transformările prevăzute în etapa imediat următoare. Fiecare pacient reacționează în mod diferit la influențele aparatului ortodontic, iar medicul are menirea să conducă tratamentul în raport cu aceste particularități individuale. Purtarea aparatelor ortodontice fără supraveghere medicală, prin controale periodice, poate produce chiar efecte dăunătoare. Din acest punct de vedere, controlul periodic este obligatoriu. Mai mult, în cazul cînd aparatul își pierde stabilitatea sau apar dureri, pacientul este dator să se prezinte de urgență la control, deoarece orice întîrziere are repercusiuni negative asupra evoluției tratamentului.

Dar cum terapia anomaliilor dentomaxilare este îndelungată (uneori ea se poate întinde pe mai mulți ani), unele activări care se fac mai des și care pot fi însușite și de către pacient sau părinți sînt încredințate acestora.

Atragem atenția asupra faptului că nu o dată se întîmplă ca pacienții să renunțe din proprie inițiativă la purtarea aparatelor și să nu se mai prezinte la control de îndată ce au constatat că s-au corectat aspectele care-i deranjau din punct de vedere estetic. Menționăm că aceasta constituie o foarte mare greșeală, deoarece pe lîngă modificările estetice din cadrul anomaliei mai există și altele, de multe ori mai complexe, care scapă unui ochi neavizat și dacă nu sînt corectate duc cu timpul la reinstalarea vechilor defecte, iar reluarea tratamentului se face în condiții mai dificile, cu șanse mai puține de reușită și cu solicitări ale unor structuri care puteau fi evitate.

Pe de altă parte, atît în stare normală, cît și în condiții patologice, există între diferitele părți componente ale aparatului dentomaxilar condiționări reciproce foarte complexe, iar tratamentul urmărește nu numai corectarea diferitelor modificări morfologice, ci și realizarea unui bilanț nou între diferitele tendințe, astfel încît să se asigure un rezultat pozitiv. Această etapă este cea mai dificilă parte a tratamentului și ea necesită întreaga colaborare a pacientului.

La îndelungatul șir de proceduri terapeutice, pe lîngă priceperea, răbdarea și perseverența medicului, trebuie să se adauge și colaborarea deplină a pacientului. Atitudinea și comportamentul bolnavului sînt tot atît de importante ca și tratamentul însuși, iar rezultatele obținute în final merită din plin eforturile depuse. De aceea, se impune multă disciplină și cooperare, pentru a nu nărui într-un moment de necugetare tot ceea ce s-a construit cu pricepere și migală.

Dr. GH. BOBOC
Clinica de stomatologie infantilă
I.M.F. București

ace de seringă

UNUI MEDIC CERCETĂTOR

E medic vestit, știm asta,
Și-i documentat deplin.
L-a surprins chiar ieri nevasta,
Studiind un... corp străin.

LENEȘUL LA MEDIC

– Am venit la un consult,
Cum să fac, te rog să-mi spui,
Să-mi duc viața cît mai mult ?
– Bun ! dar în folosul cui ?

DESPRE SĂNĂTATE

Tot golind mereu pahare,
Azi, în sănătatea mea,
Află, dragă frățioare,
Că ți-o ruinezi pe-a ta.

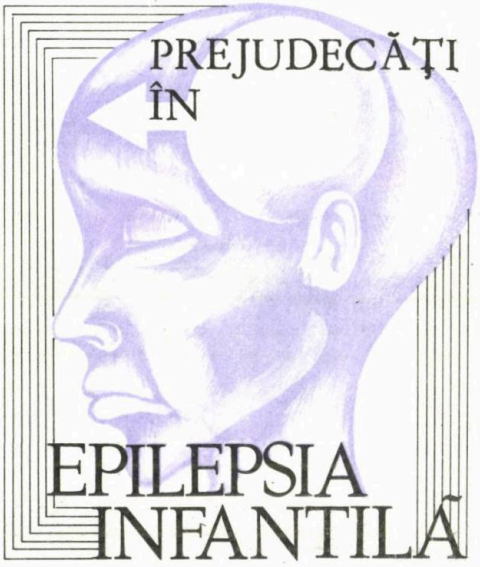
ABUZUL

Vrînd să viețuiască-n veacuri,
Nici un hap n-a ocolit.
Dar tratat cu mii de leacuri,
Rău de tot s-a-mbolnăvit.

PRECAUȚIE

– Tusea asta fără veste,
Cam de cînd o ai, concret ?
– Ca să mă conving că este,
De trei nopți o tot repet.

TEODOR MARICARU



PREJUDECĂŢI ÎN EPILEPSIA INFANTILĂ

Deşi a rămas cu mult în urmă timpul cînd epilepsia era pusă pe seama unor forţe supranaturale potrivnice omului, cu toate acestea nu sînt nici astăzi puţine părerile greşite care continuă să dăinuie, aducînd prejudicii atît epilepticului, cît şi eforturilor tot mai eficiente ale medicinii contemporane în direcţia recuperării acestei categorii de bolnavi, cu nimic deosebiţi de ceilalţi. Din păcate, se mai întîlnesc încă şi astăzi în practică păreri exagerat de pesimiste în ceea ce priveşte evoluţia şi prognosticul epilepsiei copilului, păreri care nu pot fi decît pripite, eronate şi deosebit de periculoase, bazate pe comparaţii cu cazuri şi situaţii doar aparent asemănătoare. Or, multitudinea factorilor care o pot determina, varietatea modalităţilor de evoluţie şi manifestare clinică, ca şi complexitatea particularităţilor individuale (biochimice, fiziologice, psihologice şi de mediu de viaţă) ale copilului bolnav, fac ca epilepsia să nu mai constituie o afecţiune unitară, astăzi vorbindu-se de epilepsii şi nu de epilepsie.

Este nejustificată şi teama exagerată, panica neobişnuită care cuprinde anturajul la vederea unei crize epileptice. În fapt, pînă şi crizele *grand-mal* sau crizele majore, de departe cele mai dramatice forme de manifestare paroxistică epileptică, apar spontan, se desfăşoară şi trec de la sine, unele — mai ales dacă se produc în somn — rămînînd neştiute de nimeni. Ca atare, riscurile lor nu trebuie exagerate. Decît să părăsim pe bolnav în timpul crizelor înspăimîntaţi, este mult mai util să avem grijă să-l ferim să nu se lovească de obiectele dure din jur, să-i rotim puţin capul într-o parte pentru a evita aspirarea în plămîn a eventualelor secreţii sau lichide de vomă şi să observăm cu calm şi atenţie modul de manifestare şi de desfăşurare a crizei. Vom putea oferi astfel medicului date utile, absolut necesare unui diagnostic corect, contribuind, în acelaşi timp, prin exemplul ce-l oferim, la diminuarea sentimentului nejustificat de rezervă şi teamă cu care anturajul priveşte adesea această boală şi pe bolnav.

Criza generalizată tonicoclonică este, desigur, cea mai cunoscută formă de manifestare epileptică. Dar prezenţa ei nu constituie totuşi o certitudine în ceea ce priveşte diagnosticul de epilepsie, convulsia generalizată reprezentînd un mod obişnuit de răspuns al creierului infantil la cele mai diferite situaţii patologice. Mai mult, criza *grand-mal* nu este nici singura formă de manifestare clinică epileptică şi nici ceea ce greşit se crede foarte adesea, adică aceea care semnifică şi cel mai grav prognostic. Astăzi, sînt descrise foarte multe tipuri de crize epileptice, importanţa lor pentru diagnostic nefiind deloc mai mică decît a accesului *grand-mal*.

Diagnosticul de epilepsie nu poate şi nu trebuie să mai fie considerat aprioric o dramă. Sînt numeroase cazuri de epileptici pe care boala nu i-a împiedicat să ajungă oameni de seamă, iar cercetările atestă că 10% din comiţiali pot căpăta o instrucţie şi o calificare superioară. Dealtfel, un tratament corect instituit şi conştiincios administrat duce, în majoritatea cazurilor, la dispariţia crizelor, dîndu-le posibilitatea să îmbrăţişeze o gamă foarte largă de profesii, bineînţeles cu evitarea activităţilor care implică riscuri de accidentare. Iată de ce nu trebuie să ne surprindă afirmaţia că, de cele mai multe ori, nu epilepsia este

cauza care împiedică, de fapt, normala dezvoltare și adaptare socioprofesională a epilepticului. Întîrzierea psihică, handicapul motor și tulburările de comportament însoțitoare, care țin de fapt de cauza care a determinat și apariția epilepsiei, sînt dificultățile obiective care, obișnuit, stau în calea epilepticului și contribuie la stigmatizarea sa.

În practică, adesea ne izbim de credința că epilepsia este o boală incurabilă. Astăzi se știe că în urma unui tratament corect instituit și administrat cu răbdare, între 30 și 40% din copii cu epilepsie se vindecă și, desigur, progresele înregistrate în științele medicale ne dau speranța că în viitorul apropiat posibilitățile de recuperare a acestor copii handicapați să sporească. Este însă indispensabil atît pentru medic, cît și pentru copilul epileptic, ca eforturile care se fac în acest sens să întîlnească climatul de încredere și optimism, pe cît de necesar reușitei terapeutice, pe atît de greu de obținut, datorită rezistenței izvorîte din reminiscențe ale vechilor prejudecăți.

Un copil epileptic nu este obligatoriu un infirm, care trebuie — așa cum cred și înțeleg să procedeze cei mai mulți dintre părinți — menajat, protejat excesiv, ferit de a se confrunta cu realitatea. Dimpotrivă, cu excepția unui foarte mic procent din cazuri, în care frecvența mare a crizelor, dar mai ales severitatea tulburărilor neurologice sau psihice însoțitoare constituie un obstacol real și durabil, majoritatea epilepticilor dispun de resurse care le permit o existență foarte apropiată de cea a copilului sănătos. Ca atare, copilul epileptic, chiar și cel cu deficiențe neurologice sau psihice însoțitoare, nu numai că trebuie lăsat să-și dezvolte cît mai mult întreaga capacitate a resurselor sale fizice și psihice, ci chiar încurajat și stimulat să le exerseze din plin, făcîndu-l și în acest fel să resimtă cît mai puțin posibil povara bolii sale. Nici efortul școlar, nici efortul fizic cumpătat și nici îndeplinirea tuturor obligațiilor care decurg din îndatorirea oricărui copil față de familie și societate, nu trebuie refuzate copilului epileptic. Dealtfel, cercetările atestă că munca și activitatea în general fac parte din factorii care acționează favorabil asupra frecvenței crizelor. Interdicțiile în ceea ce privește sporturile de performanță, mersul cu bicicleta, înotul nesupravegheat, schiul și, în general, activitățile în care o criză neprevăzută l-ar pune în situația de a se accidenta pot fi compensate cu numeroase alte activități fizice și intelectuale. Să învețe într-o școală corespunzătoare posibilităților sale intelectuale, să practice sporturi ca : tenis de cîmp sau de masă, volei, baschet, fotbal, gimnastică la sol, handbal etc., să participe la viața familiei și a colectivului sînt drepturi și căi de afirmare școlară, profesională și socială, ce trebuie să stea la îndemîna fiecărui copil epileptic.

Adesea se ține prea puțin seama de faptul că tulburările psihice întîlnite la epileptic nu sînt determinate integral de leziuni organice cerebrale, ci ele se constituie ca urmare a dificultăților, uneori artificial amplificate, pe care le are de depășit copilul epileptic. Teama excesivă de a nu avea crize în public, de a nu fi descoperit ca purtător ai unei astfel de afecțiuni, impunerea unor restricții exagerate în activitatea de toate zilele, menajarea excesivă sau neliniștea și neîncrederea cu care, pe nedrept, este înconjurat de către părinți, ei înșiși descumpăniți de faptul că au un copil bolnav, induc adesea un sentiment exagerat de neliniște, insecuritate și inferioritate acasă, la școală sau între copii, la joacă. Toate aceste aspecte fac pe epileptic anxios, suspicios, capricios, răutăcios, egoist, agresiv, îl determină să se izoleze și să fie nefericit, contribuind la structurarea unor grave modificări comportamentale, serioase piedici în calea recuperării sale.

Dacă este adevărat că epilepsia este o boală vindecabilă, tot atît de adevărat este că acest proces se desfășoară lent și numai în urma unui tratament judicios, administrat cu conștiinciozitate, un număr de ani și chiar după ce crizele au încetat să se mai manifeste. Aceasta este consecința logică a faptului că antiepilepticele actuale acționează, în principal, ca factori care împiedică activitatea focarului epileptic, apariția și declanșarea

crizelor fiind lăsate pe seama organismului, pus în condiții de liniște, să desfășoare migălosul și îndelungatul proces al vindecării leziunii epileptice. Aceasta înseamnă că dozele administrate nu trebuie să depășească cu mult acea cantitate de substanță capabilă să realizeze nivelul minim al concentrației sanguine în stare să stăpînească crizele. Or, din neștiință, neîncredere, nerăbdare sau neglijență, nu de puține ori, părinții copilului epileptic reduc tratamentul, îl administrează cu intermitențe sau îl întrerup prematur. Alteori, căutînd neîncetat medicamentul care să-i absolve de migăloasa și neliniștitoarea grijă a administrării unui tratament de durată, solicită intempestiv schimbarea acestuia, înlocuirea cu altul mai nou, presupus a avea un efect mai bun, deși tratamentul anterior, bine tolerat, a pus deja bolnavul la adăpost de crize. De cele mai multe ori, meritele în caz de succes revin celor care au avut tăria să aștepte depășirea perioadei complicate și dificile de alegere a celui mai convenabil antiepileptic, precum și răbdarea să administreze tratamentul, zi de zi, cu încredere.

Teama exagerată de riscurile legate de toxicitatea preparatelor antiepileptice îndelung administrate constituie sursa multor eșecuri terapeutice în epilepsie. Este adevărat că, în ciuda numărului foarte mare de anticomiția le existente astăzi în uz — multe dintre ele achiziții ale ultimilor 10—15 ani — nu dispunem încă de antiepilepticul ideal, care, lipsit de efecte nedorite, să aibă o indicație universală și comodă, un efect rapid și sigur. Nu mai puțin adevărat este și faptul că eficiența acestor preparate trebuie pusă în legătură atît cu forma clinică de boală, cît și cu particularitățile de răspuns al fiecărui bolnav în parte.

Cu totul eronat, epilepticul continuă să fie încă privit cu un sentiment ale cărui nuanțe pot merge de la milă și compasiune, pînă la neîncredere, teamă și chiar ostilitate. Sînt convingătoare studiile care arată cît de puțin numeroși sînt părinții care acceptă, fără resentimente, ca propriul lor copil să aibă coleg de clasă, tovarăș de joacă sau prieten, un epileptic. În practică, uneori sîntem confruntați cu opoziția, mai mult sau mai puțin disimulată, a cadrelor didactice la ideea de a accepta în clasă un elev care continuă să mai prezinte, chiar și foarte rar, crize. Teama de stigmatizare sau de eventuale repercusiuni sociale și profesionale determină adesea pe părinți să prefere a-și asuma orice riscuri numai ca școala, anturajul sau chiar pacientul să nu afle adevărul. Izolarea de ceilalți copii, nerespectarea fortuită a tratamentului, impunerea unor restricții inutile, inducerea unui sentiment de teamă, rușine sau vinovăție sînt doar cîteva din obstacolele artificiale care se adaugă celorlalte.

Reținînd deci ca o concluzie afirmația lui Schultze, conform căreia „epilepticul suferă mai mult din cauza atitudinii anturajului decît din cauza bolii sale", trebuie subliniat faptul că atmosfera de calm și înțelegere pe care trebuie să o manifeste anturajul, eliminarea rezervei și susceptibilităților care se opun pînă și celei mai intime și mai firești dorințe ale oricărui comițial, aceea de a nu fi privit ca un bolnav neobișnuit, constituie condiții indispensabile recuperării socioprofesionale la nivelul maxim al resurselor sale fizice și psihice.

CONF. DR. ȘT. MILEA
Clinica de neuropsihiatrie infantilă
Spitalul „Dr. Gh. Marinescu"

— Singurul remediu sînt pastilele astea !
— Și dacă le iau, trebuie să le duc acasă ?...

IPOHONDRIA

Celebra comedie a lui Molière, „Bolnavul închipuit" (1673), a reușit să imortalizeze persoana unui om atins de ipohondrie, care își trata numeroasele boli imaginare cu fel de fel de leacuri, era mereu preocupat cu studierea simptomelor sale, urmărindu-și cu mare grijă starea sănătății, motiv pentru care dorea să aibă un ginere medic.

Ipohondria era răspîndită nu numai pe vremea lui Molière și în antichitate, dar nici chiar în epoca noastră ea nu este prea rară ; indiferent de vîrstă și sex, există persoane care se socotesc atinse de cele mai grave boli, fără ca în realitate să prezinte vreo boală organică. Convinși că au o suferință, ei își fixează gîndul asupra unor boli închipuite, cheltuind mult timp pentru a se cerceta, pipăi și observa. Într-un stadiu mai înaintat, ei descriu, cu lux de amănunte, complexitatea bolilor de care cred că suferă, povestind celor ce vor să-i asculte cît de grave sînt acestea. Ei frecventează cu asiduitate sălile de așteptare ale dispensarelor, ale policlinicilor și ale spitalelor, consultînd numeroși medici, de cele mai diferite specialități. Uneori, convinși că pătimesc de boli necunoscute sau rare și dificil de tratat și de diagnosticat, relatează în scris fiecare dintre semnele afecțiunii pe care cred că o au.

Teoretic, trebuie să distingem pe ipohondriaci, care sînt convinși că suferă de o afecțiune severă, de nosofobici, adică de cei care se tem de boli și, în special, să nu contracteze o boală gravă, cum ar fi cancerul sau luesul. Nosofobicul, temîndu-se de boli, evită uneori să strîngă mîna unui cunoscut spre a nu se molipsi de vreo boală contagioasă, sau deschide ușa cu cotul, pentru a nu atinge clanța ușii, izvor de posibilă contaminare. În realitate, mulți ipohondriaci sînt și nosofobici. Geneza ipohondriei trebuie pusă deseori în relație cu o boală somatică, pe care persoana respectivă a avut-o cîndva, dar de care s-a vindecat. Internați în spitale și venind în contact permanent cu suferințele celor din jur, discutînd despre boală cu personalul medico-sanitar, dar mai ales cu ceilalți bolnavi, unii devin mai sugestibili, mai emotivi și mai impresionabili, și deși vindecați de afecțiunea organică, ajung să se preocupe peste măsură de sănătatea lor. Ei pun oarecum la îndoială starea de sănătate în care se află și mult timp după ieșirea din spital cercetează cu anxietate funcționarea diferitelor organe, în special a inimii, către care își îndreaptă toată atenția. Urmărind cu asiduitate pulsul și accelerarea ritmului inimii, care survine la eforturi fizice sau la emoții, se instalează o stare de anxietate, care accentuează bătăile cardiace, devenind mai numeroase. Persoana respectivă, percepînd tahicardia, își întărește convingerile ipohondriace, ceea

ce duce la grija și preocuparea excesivă de sănătate. În această stare se combină teama de a fi bolnav (nosofobia) cu convingerea că realmente suferă de o boală (ipohondria). Nosofobicul poate fi convins prin examene medicale, prin explorări funcționale și de laborator că nu suferă de nici o boală gravă, însă fobia sa de boală se poate repeta, fixîndu-se pe altă afecțiune închipuită, deoarece fobiile sînt în general destul de stabile.

Ipohondria apare adesea după o boală reală somatică care s-a vindecat, dar persoana respectivă mai trăiește încă sentimentul de boală ; ea trebuie considerată uneori drept o secheIă, o stare remanentă psihologică după o boală, cu alte cuvinte, fostul bolnav nu realizează pe plan psihologic vindecarea sa. Uneori, ipohondria apare la persoane vîrstnice, grefîndu-se pe diminuarea forțelor fizice date de înaintarea în vîrstă, fapt interpretat drept afecțiuni grave ce trebuie depistate și tratate. Astfel de ipohondriaci rămîn și ei profund nemulțumiți cînd examenele clinice și de laborator demonstrează că sînt perfect sănătoși.

În alte cazuri, ipohondria coexistă cu o boală organică fără gravitate, dar bolnavul nu este preocupat de boala sa, ci de o boală imaginară, de obicei mult mai gravă (cancer, lues etc.).

Ipohondria este însă frecventă în unele afecțiuni psihiatrice, ea reprezentînd una din componentele psihopatologice din stările depresive și neurastenie. Alături de celelalte simptome din neurastenie și din melancolii, se dezvoltă și idei ipohondriace, care pot fi prevalente, obsesive sau delirante în psihozele depresive. Ideea ipohondriacă este prevalentă atunci cînd domină întreaga ideație, dar poate fi înlăturată cu ușurință și nu-l face pe bolnav să sufere. Așa, de exemplu, sînt ideile ipohondriace din neurastenie și din stările depresive nevrotice (așa-zisa ipohondria minor). Ideile obsesive ipohondriace invadează pe bolnav și i se impun împotriva voinței sale. Astfel de idei se întîlnesc în nevrozele obsesivo-fobice, în melancolii și în depresiile de involuție. În delirul ipohondriac (așa-zisa ipohondria major), existent în sindromul paranoic-ipohondriac, bolnavul este convins că a fost contaminat de o afecțiune contagioasă gravă sau a fost tratat în mod greșit de diferiți medici, împotriva cărora construiește un delir de revendicare și de persecuție.

În unele cazuri de ipohondrie poate exista o tulburare a cenesteziei, adică a senzației vagi pe care o avem despre existența organelor noastre corporale, care, în stare normală, nu intră în sfera atenției noastre. Cu alte cuvinte, ipohondria poate fi expresia unei cenestopatii, senzație penibilă, cu localizare difuză în diferite regiuni ale corpului sau organelor interne, care nu este însoțită de semne somatice obiective ce ar putea explica apariția ei.

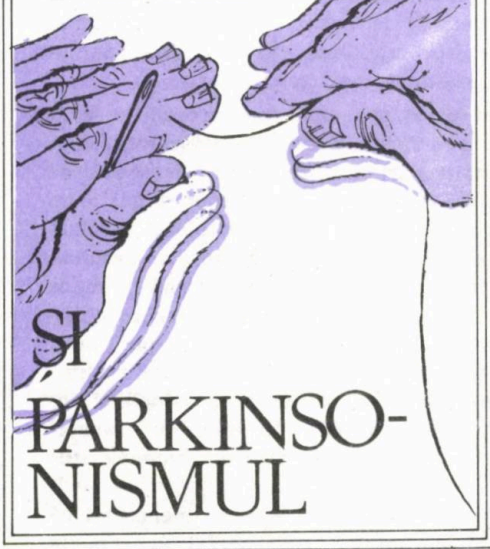
De stările ipohondriace trebuie deosebit întrucîtva sindromul Münchausen, descris de Asher în 1951. Baronul Karl Hieronymus von Münchausen, ofițer german, care a trăit între anii 1720—1797, este eroul unei povestiri populare germane, în care istorisește cele mai gogonate minciuni (în traducerea românească de Ion Marin Sadoveanu : Uimitoarele călătorii și aventuri pe uscat și pe mare ale baronului von Münchausen, așa cum obișnuia să le povestească el însuși la un pahar de vin). De la numele acestui baron german, peste măsură de lăudăros și mincinos, se trage și numele acestei afecțiuni, bolnavul relatînd despre el că prezintă cele mai fantastice tulburări. Ba chiar, pentru a fi crezuți, acești bolnavi își provoacă răni și leziuni corporale. Deoarece prezintă simptomatologia unor afecțiuni somatice, acești bolnavi pot fi supuși la numeroase intervenții chirurgicale, pe care le solicită dealtfel cu mare insistență. Uneori, spre a putea fi operați recurg chiar și la schimbarea numelui, pentru a nu putea fi recunoscuți sub numele lor adevărat în unele spitale unde au mai fost internați. Alteori, peregrinează din oraș în oraș și din spital în spital, solicitînd tratament cît mai energic. Dar nu toți cei care sînt afectați de acest ciudat sindrom Münchausen sînt simulanți ; unii sînt isterici, iar alții suferă de schizofrenie sau sînt ipohondriaci și psihopați.

Ipohondria, prin marele său consum de servicii medicale (consultații, internări, examene, analize etc.), de medicamente, pe care acești bolnavi le ingeră în cantități masive, de zile de concediu, poate aduce daune însemnate și de aceea ea trebuie diagnosticată și tratată. În plus, această boală imaginară pricinuiește și suferințe morale : anxietate și tristețe celor care se cred bolnavi.

DR. CONSTANTIN DANIEL
Policlinica Batiște, București

De vorbă cu prof. dr. doc.
Gh. Pendefunda
I.M.F. Iaşi

DESPRE BOALA PARKINSON ŞI PARKINSONISMUL



MALADII VECHI ÎN INTERPRETARE NOUĂ

— Cunoscută încă din 1817 sub denumirea de paralizie agitantă şi purtînd mai tîrziu numele celui care a descoperit-o şi şi a studiat-o în amănunt, boala Parkinson, maladie a sistemului nervos, care se pare că are la bază o serie de leziuni degenerative ale formaţiunilor extrapiramidale ale acestuia, impresionează prin tabloul clinic pe care îl prezintă : rigiditate, scăderea sensibilităţii şi a îndemînării de a executa mişcări de finețe, tremurături. Ce cauze pot fi incriminate în apariţia bolii şi dacă se poate vorbi de existenţa unor factori de risc ?

— James Parkinson a descris în 1817 boala care-i poartă numele şi care se încadrează în grupul mare al afecţiunilor degenerative ale sistemului nervos. Abia după 100 de ani, în cursul epidemiei de encefalită letargică ce a bîntuit Europa de Vest, s-a observat apariţia sindromului parkinsonian, ca sechelă a acestei encefalite, purtînd denumirea de „parkinson postencefalitic". Ulterior, s-a observat că această afecţiune poate fi determinată şi de alte cauze, care, interesînd anumite structuri din creier, pot produce o simptomatologie asemănătoare. În acest sens sînt cunoscute : parkinsonismul toxic, prin intoxicaţie cu oxid de carbon sau sulfură de carbon, parkinsonismul prin intoxicaţie manganică, parkinsonismul ateroscleroticşi cel prin intoxicaţie medicamentoasă.

Leziunile principale se găsesc în nucleii cenuşii de la baza creierului — *locus niger* şi *globus pallidus* — unde celulele nervoase suferă un proces de degenerare. Aceşti nuclei, denumiţi extrapiramidali, au rol în mişcările involuntare şi automate, precum şi în menţinerea tonusului muscular, iar leziunile lor duc la apariţia simptomatologiei parkinsonismului. Mai recent, progresele biochimice au condus la stabilirea mecanismului de producere a bolii prin scăderea, pînă la dispariţie, a unei substanţe chimice denumită „dopamina", care, în mod normal, are rolul de transmitere a influxului nervos la nivelul sinapselor (legăturilor dintre celulele nervoase) extrapiramidale. Acest fapt a condus la o terapie modernă în boala Parkinson, în prezent folosindu-se Levo-Dopa, care la nivelul creierului se transformă în dopamină, restabilind astfel circuitele nervoase întrerupte în formaţiunile extrapiramidale şi ameliorînd simptomele parkinsoniene.

— Deşi grupele de vîrstă mai înaintate sînt mai afectate de această boală, se pare totuşi că şi cele mai tinere pot fi cointeresate, ridicînd probleme mai deosebite în ceea ce priveşte evoluţia. De fapt, care sînt semnele de manifestare a bolii Parkinson şi după ce presemne timpurii se poate aprecia instalarea sa ?

— Boala apare între 40 şi 55 de ani. Parkinsonismul postencefalitic este mai frecvent la adult, dar el poate interesa şi vîrsta

copilăriei și chiar vîrstele înaintate, în timp ce parkinsonismul aterosclerotic este apanajul celor trecuți de 55 de ani.

În general, debutul bolii se face insidios, la început bolnavul simțind o jenă în mișcări la unul din membrele superioare, și anume la articulația umărului, și o încetinire în mers. Alteori, tremurăturile sînt semnalul de alarmă, suferindul observînd că-i tremură degetele de la mînă, în special degetul mare. Cu timpul, el se mișcă mai încet, are o privire fixă și clipește mai rar. Cîteodată se descriu unele senzații anormale, sub formă de amorțeli, furnicături, arsuri sau tensiune musculară. În cîteva luni fenomenele se evidențiază și se generalizează, iar în perioada de stare a bolii, se descrie o triadă simptomatică caracteristică : akinezie, rigiditate și tremurături.

Akinezia constă dintr-o încetinire a mișcărilor, bolnavul devenind mai puțin mobil, cu privirea fixă și clipit rar.

Rigiditatea musculară cuprinde corpul și membrele, predominînd la mușchii flexori : ceafa devine mai rigidă, mersul se face cu pași mici, grăbiți, corpul este aplecat înainte, dînd impresia că fuge după centrul său de gravitate. Nu se poate opri brusc din mers, ci continuă să mai facă cîțiva pași. La mișcările de întoarcere a corpului, capul pare sudat cu corpul. Întreaga atitudine a bolnavului în mișcare, dominată de rigiditate, dă aspectul de „statuie mișcătoare". Din cauza rigidității musculaturii feței, a limbii și a faringelui, vorbirea bolnavului se schimbă, devine nemodulată, monotonă, mai puțin inteligibilă, se stinge. Uneori, se observă tendința de repetare a cuvintelor pronunțate, repetînd în special ultima parte a cuvîntului, fenomen denumit „palilalie".

Tremurăturile, cel de-al treilea simptom al bolii Parkinson, cuprind extremitățile distale ale membrelor, ele apărînd în repaus și dispărînd în mișcare și în timpul somnului.

Fenomenele descrise mai sus cuprind de obicei la debut o jumătate de corp, pentru ca în timp să se generalizeze. Cu vremea, simptomele se accentuează foarte mult și dacă nu se iau măsuri terapeutice, bolnavul este imobilizat la pat.

— În patologia neurologică se face o diferențiere între boala Parkinson, parkinsonismul postencefalitic și sindroamele parkinsoniene ? În ce constă aceasta ?

— Într-adevăr, există o diferență între boala Parkinson și sindroamele parkinsoniene, atît din punct de vedere etiologic, cît și al aspectului clinic. În acest sens, precizez că boala Parkinson este o boală degenerativă, a cărei cauză este încă neprecizată, dar ale cărei leziuni din nucleii cenușii de la baza creierului determină cele trei simptome caracteristice : akinezia, rigiditatea și tremurăturile.

În parkinsonismul postencefalitic, care este o sechelă a encefalitei letargice, există anumite particularități care-l deosebesc de boala Parkinson. În antecedente, găsim un episod encefalitic cu stare febrilă, asociată cu o perioadă de hipersomnie și paralizii oculare. Uneori însă, acest episod infecțios poate lipsi, faza encefalitică trecînd neobservată. Totuși, la bolnavii cu parkinson postencefalitic, putem întîlni unele simptome, cum ar fi : ticurile, spasmele și fenomenele vegetative intense, cu transpirații, hipersalivație etc. De asemenea, tulburările psihice sînt mai accentuate decît în boala Parkinson. Este de menționat că parkinsonismul postencefalitic poate apărea la diferite vîrste.

În ceea ce privește parkinsonismul aterosclerotic, acesta apare în cursul aterosclerozei cerebrale, la vîrste mai înaintate decît boala Parkinson, în general peste 55 de ani, iar în tabloul clinic predomină mai ales tremurăturile. Deseori, pe lîngă fenomenele parkinsoniene se asociază simptome de suferință cerebrală aterosclerotică, uneori cu pareze trecătoare sau semne de sindrom pseudobulbar, cu tulburări de vorbire, de înghițire și tulburări psihice, manifestate prin rîs și plîns spastic.

Există însă și un parkinsonism medicamentos, care poate fi pus în legătură cu administrarea de lungă durată a unor medicamente neuroleptice de tipul Majeptilului sau Haloperidolului, și se caracterizează prin predominanța în tabloul clinic a hipertoniei și a akineziei.

— În ce constă tratamentul bolii Parkinson şi care este regimul de viaţă şi de alimentaţie ce se recomandă în aceste afecţiuni ?

— Încă de la început trebuie precizat că tratamentul bolii Parkinson se face numai sub control medical, cu preparate din grupa atropinei, substanţă care în formă sintetică poartă diverse denumiri, mai cunoscut la noi fiind Romparkinul. Dar terapia parkinsonismului a cunoscut un salt calitativ în ultimul deceniu, dat fiind progresele din domeniul biochimiei. Aşa după cum am menţionat, s-a constatat că responsabilă de apariţia bolii este scăderea sau lipsa dopaminei, substanţă cu rol în transmiterea influxului nervos la nucleii cenuşii de la baza creierului. Acest lucru a determinat folosirea medicaţiei dopaminice în boala Parkinson. Şi cum dopamina nu trece bariera dintre sînge şi creier, se administrează Levo-Dopa, care la nivelul creierului se transformă în dopamină, restabilind circuitele nervoase tulburate.

Un alt preparat cu acţiune favorabilă în boala Parkinson este Amantadina, cunoscut sub denumirea de Viregyt şi care are o acţiune asemănătoare asupra akineziei şi a rigidităţii, ca şi dopamina. S-a preconizat, de asemenea, şi un tratament chirurgical în boala Parkinson, cu scopul de a secţiona unele relee patologice din creier, dar care influenţează numai tremurăturile.

O importanţă deosebită o are însă regimul de viaţă şi de alimentaţie al bolnavului. Se recomandă ca acesta să efectueze mişcări şi gimnastică medicală, pentru a învinge rigiditatea şi akinezia, care tind să imobilizeze bolnavul.

— Avînd în vedere gravitatea bolii, consider util de a se cunoaşte care sînt posibilităţile de prevenire a ei ?

— Aşa cum este binecunoscut, boala Parkinson are o evoluţie lent progresivă, fenomenele accentuîndu-se în timp. De asemenea, în cazul în care tratamentul nu este aplicat corect, se ajunge în ultimă instanţă la o imobilizare a bolnavului la pat. Astăzi, datorită terapiei moderne, boala poate fi mult ameliorată, astfel încît mulţi suferinzi pot să-şi desfăşoare activităţile obişnuite. Este însă obligatoriu ca bolnavul să urmeze tratamentul continuu, sub supravegherea medicului specialist, cunoscînd că tratamentul este individualizat în funcţie de forma clinică, stadiul bolii, eficienţa terapeutică şi toleranţa bolnavului la diverse medicamente antiparkinsoniene. Menţionăm că întreruperea bruscă a medicaţiei agravează starea bolnavului, care reclamă că se simte mai rău decît la începutul tratamentului. Acest fapt demonstrează că boala evoluează în timp, că simptomele sînt mascate de tratament, iar în momentul suprimării medicaţiei, acestea apar mai accentuate.

Prevenirea bolii Parkinson constă în luarea din timp a unor măsuri, care să ţină seama de o viaţă echilibrată, cu un regim alimentar corespunzător vîrstei, fără abuz de alcool, tutun sau cafea, evitînd în acelaşi timp traumele psihice. În parkinsonism, elementul principal constă în tratamentul bolii de bază, adică procesul encefalitic, infecţios sau toxic, precum şi în prevenirea aterosclerozei cerebrale.

REALIZATOR : dr. **GEORGE M. GHEORGHE**

— Dacă mai bei, ai să mori !
— Şi dacă n-o să mai beau, o să mor de sete !...

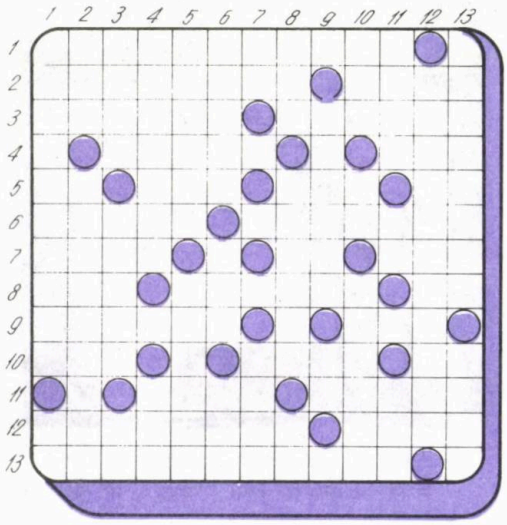
IZVOARE DE SĂNĂTATE

ORIZONTAL : **1.** Staţiune balneoclimatică pe dreapta Oltului, în jud. Vîlcea. **2.** O altă staţiune balneoclimatică din jud. Vîlcea, aproape de Govora — Cel mai important lac din staţiunea Sovata. **3.** Staţiune balneoclimatică din jud Mureş, cu ape recomandate pentru tratarea insuficienţelor glandulare şi a reumatismului cronic — Staţiune balneoclimaterică din jud. Prahova, avînd lacuri cu ape clorurosodice, sulfatate şi calcice. **4.** Staţiune balneară din Bărăgan, cu ape sărate şi nămol terapeutic — Se scurg pe calea vieţii. **5.** Slănic-est ! — Particulă de refren oltenesc — Cele minerale sînt adevărate izvoare de sănătate — La intrarea în Govora ! **6.** Buimace — „...soarelui", volum de versuri de Demostene Botez, din care face parte şi poezia „La Călimăneşti". **7.** Orăşel în Ecuador — Parte de cuvînt ! — Unchiaş. **8.** A se sfii (reg.). — Staţiune balneoclimatică aşezată în mijlocul pădurilor de fag şi stejar ale munţilor Baraolt — La plecarea din Amara ! **9.** Staţiune balneoclimatică în jud. Harghita, pe malul sting al Oltului, cu ape minerale carbogazoase, feruginoase şi hidrocarbonate — Situaţie. **10.** Riu în Franţa — Facil — Negaţie. **11.** O conţin în mare cantitate apele de la Ocna Sibiului, Slănic şi Sovata — Staţiune climaterică lîngă Tîrgu Secuiesc. **12.** Localităţi în care vin oamenii muncii pentru odihnă şi tratament — Plantă furajeră din care se extrage ulei. **13.** Staţiune balneoclimaterică situată într-o depresiune pitorească din nordul Moldovei (2 cuv.).

VERTICAL : **1.** Staţiunea tinereţii de pe litoral — Suceava (abr.). **2.** Deschide discuţia la telefon — Staţiune balneoclimaterică lîngă Călimăneşti. **3.** Topitură magmatică eruptă dintr-un vulcan — Numele latinizat al lui Odiseu — Cal putere ! **4.** Duşmană — Stradă (abr.). **5.** Fier, oţel etc. (pl.) — Perlă din şiragul de nestemate al litoralului românesc. **6.** În seara zilei precedente (pop.) — Fără gust — Riu în Suedia. **7.** Stăncuţe ! — Localitate în Japonia. **8.** Notă lăutărească — Unul din cele şase lacuri cu proprietăţi helioterme de la Sovata — Alifie (reg.) ! **9.** Staţiune balneoclimatică în jud. Arad — În nord, la Ocna Sibiului ! **10.** Trib de pigmei din Ruanda — Dînsa — Notate pe hîrtie. **11.** Munte în Elveţia — Centru de informaţii ! — Specie. **12.** Staţiune balneoclimatică din jud. Bistriţa-Năsăud, indicată pentru tratarea bolilor de stomac şi ficat (2 cuv.). **13.** Staţiune balneoclimatică din jud. Dîmboviţa, cunoscută pentru apele sale curative încă de la începutul sec. XIX — Judeţul în care se află staţiunile balneoclimaterice Lipova şi Moneasa.

Dicţionar : ECLA, SII, ILE, RUD, UENO, EIS, TUA, IRNA.

ADAM STOICA



VISELE

o necesitate fiziologică

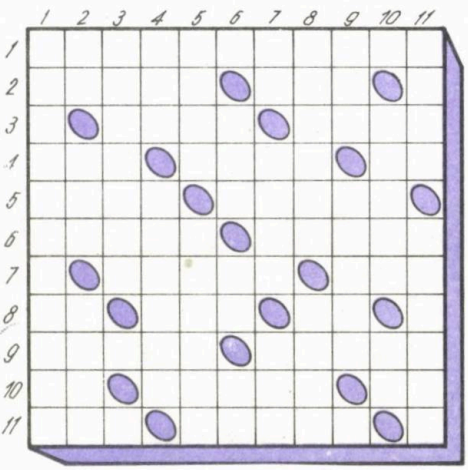
ORIZONTAL : **1.** Celebrul creator (1564—1616) al piesei „Visul unei nopţi de vară". **2.** Traducătorul acestei piese şi autor (1875—1913) al poeziilor „Visul", „Dorm visurile tale" şi „Mi-e dor de-un vis..." — „Vis...", poezie de Otilia Cazimir. **3.** Vis — Sînt vise, doare vise... **4.** Alb-

negru — Își dedică multe visuri... copiilor — Sieste ! 5. Munte în S.U.A. — „Visuri de...", titlul Simfoniei I de Ceaikovski. 6. „... visului vom da", cantată de Teodor Bratu — Personajul central din piesa „Visul" de Luigi Pirandello. 7. Plină... în visele vînătorului — Visul... chelosului. 8. Visul... ei — Centru civic ! — Visat... la urmă ! 9. Blănuri prețioase — Colos. 10. Rimă la catren — Orașul în care se petrece acțiunea piesei „Visul unei nopți de vară" — Prefața autorului ! 11. Drojdie — „Visare în...", lied de Richard Strauss.

VERTICAL : 1. Operetă de Johann Strauss, în care se cîntă aria „Bun găsit, lăcaș de vise" (2 cuv.). 2. Semnal de oprire — Visul credincioșilor — Martora împletirii multor vise de dragoste. 3. Visat. 4. Măsură de greutate (pop.) — Autorul piezișilor „Și nu mai am vise" și „Visătorii care pleacă" (vol. „O casetă cu șerpi" ; Petre). 5. Riu în Columbia — „...mult visată", povestire pentru cei mici de Elena Farago. 6. Instrument de muzică populară — Are putere cît doi — În temă ! 7. Un semn la despărțire — A împrumuta bani — Număr prim. 8. Eroină din comedia lirică „Visul unei nopți de iarnă" de Tudor Mușatescu — Sporadic. 9. Localitate în Etiopia — Cadrul îngemănării somnului cu visarea (pl.). 10. Visul de-o viață al marilor cîntăreți de operă — Pește scos din apă ! 11. Regele legendar al Atenei, personaj din piesa „Visul unei nopți de vară" — „...visurilor noastre", piesă de Aleksei Arbuzov.

Dicționar : EARS ; EFAT ; ABI.

ADAM STOICA



dreptul la longevitate

Prof. dr. doc. **MARIN VOICULESCU**
Membru corespondent al Acad. R.S.R.

Longevitatea nu poate fi echivalată cu bătrînețea, dacă aceasta este înțeleasă în sensul ei clasic, adică o bătrînețe plină mai mult de renunțări și suferințe. Astăzi, dimpotrivă, longevitatea se concepe ca o viață lungă, activă și plină de sănătate, iar eforturile care se fac pentru a dobîndi aceasta au în vedere nu numai aspecte cantitative, de creștere a numărului de ani, ci, mai ales, calitatea acestor ani. În acest sens gîndesc astăzi gerontologii și acționează școala gerontologică din țara noastră, una din cele mai reputate din lume prin inițiativele ei creatoare și prin rezultatele obținute. Dar prelungirea duratei vieții și a perioadei active a constituit un obiectiv important al ocrotirii sănătății oamenilor din cele mai îndepărtate timpuri. De aceea, cîteva incursiuni în domeniul longevității ni se par interesante și actuale.

Realizarea longevității este, fără îndoială, un vechi vis al omenirii, așa cum rezultă din unele scrieri care ne-au rămas din antichitate. Astfel, Hipocrate — denumit și părintele medicinii — (care a trăit între anii 460—377 înaintea erei noastre) recomanda, încă de atunci, o serie de reguli pentru a realiza o viață lungă și sănătoasă. El spunea : „Toate părțile organismului care adăpostesc o funcție vitală rămîn sănătoase, se dezvoltă și ajung la o vîrstă înaintată, *dacă sînt folosite cu moderație și sînt antrenate în propriul lor domeniu. Dar, dacă nu se folosesc, ele sînt înclinate către*

boală, nu se dezvoltă și îmbătrînesc devreme". Aceste precepte sînt perfect justificate fiziologic și își mențin valabilitatea și astăzi, deoarece una din condițiile longevității o constituie combaterea tendinței la renunțări și la inactivitate la bătrînețe, evitînd astfel involuția spre atrofie.

Și în mitologia greacă găsim un episod din care rezultă că vechii greci își dădeau perfect de bine seama de deosebirea care trebuie făcută între durata vieții și fenomenul de îmbătrînire. Episodul mitologic apare și mai instructiv prin finalul său negativ. Astfel, se povestește că Eos, zeița Aurorei, se îndrăgostise de un frumos muritor, Tithon. Ea cere și obține de la Zeus calitatea de nemuritor pentru iubitul său. Dar, dintr-o fatală eroare, zeița omite să ceară pentru acesta și tinerețea eternă. Din această cauză, Tithon începe să îmbătrînească, devine neputincios și schilod, este abandonat și sancționat cu una din cele mai crude pedepse : senilitatea perpetuă.

Urmărind acest vis al omenirii — longevitate cu păstrarea tinereții —, oamenii din secolele trecute au recurs uneori la soluții, care au constat mai mult din rețete înșelătoare și trafic de iluzii : „elixirul vieții", „piatra filozofală" a alchimiștilor, „fîntîna tinereții" etc. Desigur, cu astfel de soluții nu se putea realiza nimic : *vîrsta medie* a oamenilor a continuat, timp de secole, să se mențină între 40 și 50 de ani.

Realizări și consecințe

Numai prin imensele progrese ale biologiei și medicinii, strîns legate de marile prefaceri sociale și economice, realizate în ultimul secol, s-au putut obține primele succese pe drumul longevității. În acest mod *„speranța de viață"* a crescut aproape la dublu în ultimul secol, iar pentru unele țări chiar în ultimele decenii. Astfel, în țara noastră, această cifră a crescut de la 48 de ani în 1938, la 70 de ani în prezent, iar în alte țări dezvoltate variază între 70—75 de ani.

Un aspect interesant îl constituie *deosebirea după sex :* în toate țările, cifrele „speranței de viață" sînt în favoarea femeilor. Astfel, în Franța, longevitatea femeilor atinge cifra de 75,5 ani, în comparație cu numai 67,8 ani pentru bărbați ; în S.U.A. este de 74,2 ani pentru femei și numai 66,8 ani pentru bărbați, iar în Suedia, femeile ajung la 76,7 ani, în timp ce bărbații la numai 66. Cui se datorește această deosebire ? Factorii sînt probabil multipli și țin de particularitățile biologice ale organismului feminin, inclusiv de structura sa hormonală. Astfel, ateroscleroza se instalează cu 10 ani mai tîrziu decît la bărbați, iar în ceea ce privește stresul, se pare că femeile ar fi mai puțin expuse.

Dar progresele pe drumul longevității vor continua, așa cum demonstrează o serie de previziuni și de date statistice. Astfel, în U.R.S.S. existau, în anul 1970, 21 700 de locuitori în vîrstă de peste 100 de ani, dintre care 16 276 femei. În țara noastră, după datele comunicate la Simpozionul național de gerontologie din decembrie 1979, *longevivii* — înțelegînd prin aceștia persoane în vîrstă de peste 85 de ani — care atingeau în 1956 cifra de 33 748, au ajuns în 1977 la 86 544, iar în anul 2 000 se apreciază că această cifră va crește încă de 2,4 ori.

Se constată astfel, în majoritatea țărilor, un proces de „îmbătrînire demografică". Ținînd seama de această tendință, apare cu atît mai mult necesară preocuparea societății de a avea cît mai mulți *bătrîni sănătoși și activi* — adevărați „longevivi". În acest scop devin necesare acțiuni largi de gerontoprofilaxie, de prevenire a îmbătrînirii precoce, pentru realizarea unei populații vîrstnice active și adaptate la viața modernă.

Există o îmbătrînire diferențiată?

Descifrarea aspectelor intime, la nivel subcelular, ale îmbătrînirii constituie un subiect de intense cercetări. Rezultatele au la bază studii largi, efectuate pe multe persoane și nu doar pe cîțiva centenari, dotați cu un anumit bagaj genetic sau care au trăit în condiții speciale.

Desigur, s-ar putea spune că îmbătrînim din momentul nașterii. Există o *îmbătrînire primară, fiziologică*, caracterizată prin : diminuarea capacității de adaptare, scăderea reactivității organismului și reducerea potențialului de recuperare și regenerare celulară și tisulară. Uzura biologică constituie un proces natural și ireversibil, dar ritmul în care se produce diferă de la o persoană la alta. Pe de altă parte, acest ritm s-ar putea revizui pe baza programelor științifice medicale, în special pe baza programelor de prevenire, aplicate astăzi în practică.

Dar mai există și o *îmbătrînire secundară*, patologică, datorită unor factori morbizi sau accidentali.

Nu toate persoanele îmbătrînesc însă cu aceeași rapiditate. Există deci o *îmbătrînire diferențiată* și vîrsta biologică nu este totdeauna similară cu cea cronologică.

Cauzele acestei inegalități în ritmul îmbătrînirii la diferite persoane sînt numeroase. Desigur, trebuie ținut seama de *ereditate*, de factorul genetic. Fiecare din noi vine pe lume cu un anumit genom, cu un anumit capital genetic, care prezintă importanță în procesul îmbătrînirii, dar nu reprezintă totul. De aceea, longevitatea nu poate fi considerată, în nici un caz, numai ca *„un dar al geneticii"*, după cum pretind unii. Numeroși alți factori intervin și asupra acestora putem acționa.

Un factor care intervine, probabil, în accelerarea procesului de îmbătrînire este reprezentat de *fenomenele de autoimunitate, cu caracter autodistructiv celular*, care ar putea fi mai intense la unele persoane, odată cu înaintarea în vîrstă. Tot ca un factor al îmbătrînirii rapide au fost incriminate reacții *biochimice anormale*, în sensul unor *fenomene de hiperoxidare*, cu metabolism bazal crescut și consum intens de oxigen. De asemenea, ca acceleratori ai îmbătrînirii pot acționa și diferite boli acute (microbiene) sau cronice.

Este sigur însă că, pe lîngă acești factori, mai intervin numeroși alții, care țin de *ecologie*, de *mediul înconjurător* în care omul trăiește, se alimentează și muncește. Există astfel factori care țin de natură (fizici, chimici și biologici), de modul de nutriție, de consumul de toxice (tutun, alcool), de comportamentul și igiena vieții, de felul profesiunii : activitate fizică sau intelectuală predominantă. S-a observat dealtfel că exercitarea unor activități fizice intense în cursul vieții are un efect favorabil, întîrziind îmbătrînirea aparatului cardiovascular.

Asupra acestor factori care acționează în îmbătrînirea diferențiată se poate interveni mai ușor, în spirit preventiv. Modul în care o persoană îmbătrînește este, după cum am constatat, individual și depinde de un ansamblu multidimensional de factori ; de aceea, și sfaturile profilactice pentru prevenirea unei îmbătrîniri timpurii trebuie adaptate fiecărei persoane.

Gerontoprofilaxia sau arta de a şti să devii longeviv

În stadiul actual al cunoştinţelor, specialiştii apreciază că pentru marea masă a populaţiei este posibil să se realizeze, ca maximum de longevitate posibilă, vîrsta de 90 de ani, iar pentru un mic număr de persoane chiar 110 ani.

Care sînt sfaturile, reţetele în acest scop ? În primul rînd, toţi specialiştii recomandă ca vîrsta bătrîneţii — etapă biologică normală — să fie pregătită din timp, printr-o conduită alimentară, de muncă, de igienă a vieţii, precum şi prin controlul periodic al sănătăţii. Este necesar, de asemenea, să se facă *pregătiri speciale* pentru vîrsta pensionării, căutîndu-se activităţi care să confere sentimentul utilităţii sociale, care să solicite funcţiile organismului şi să se opună dezinserţiei din viaţa activă. Profilaxia îmbătrînirii, în scopul unei vieţi prelungite, trebuie să înceapă, aşadar, din tinereţe !

Se consideră că *modul de alimentare constituie un factor esenţial pentru longevitate*. Depăşirea greutăţii corporale normale şi în mod evident *obezitatea*, prin excese alimentare, duc la scurtarea vieţii. Această constatare rezultă şi din studiile statistice efectuate în diferite ţări, din care reies următoarele : un plus de 5 kg la o persoană adultă duce, în medie, la scurtarea vieţii cu 8% ; un plus de 10 kg, cu 18%, un plus de 20 kg, cu 45%, iar un plus de 30 kg duce la reducerea duratei vieţii cu 67%. Studii populaţionale asupra celei mai adecvate nutriţii pentru longevitate au arătat că regimurile alimentare cu mai puţine calorii, constînd, în esenţă, dintr-un regim predominant vegetarian şi lactat, la care se adaugă şi carne, cu cît mai puţine grăsimi, dulciuri şi făinoase, sînt cele mai adecvate.

Grija pentru aparatul cardiovascular are un rol esenţial pentru prelungirea duratei de viaţă. Se ştie că hipertensiunea arterială constituie un factor de risc pentru o serie de boli ale aparatului cardiovascular, cum sînt : cardiopatia ischemică, insuficienţa cardiacă, accidentele vasculare cerebrale etc. De aceea, se impune cu necesitate controlul hipertensiunii arteriale, ştiut fiind că cifrele tensionale normale, stabilite de Organizaţia Mondială a Sănătăţii, sînt de 140 mmHg pentru tensiunea maximă şi de 90 mmHg pentru cea minimă, bineînţeles cu un oarecare coeficient de variaţie. Cunoscînd toate aceste riscuri, aplicarea de către populaţie a măsurilor profilactice, care constau, în esenţă, dintr-o nutriţie adecvată, fără exces de sare, fără abuzuri, fără toxice (tutun şi alcool), la care se adaugă, evident, şi măsurile pur medicale (control periodic şi administrarea, la prescripţia medicului, a preparatelor hipotensoare), nu trebuie neglijate.

Activitatea fizică, mersul pe jos, sportul în aer liber şi multe altele constituie, de asemenea, o reţetă de viaţă lungă.

Folositoare sînt şi o serie de medicamente cu *rol eutrofic*. Amintim aici contribuţia gerontologiei româneşti prin produsele „Gerovital" şi „Aslavital", utilizate în tratamentul îmbătrînirii.

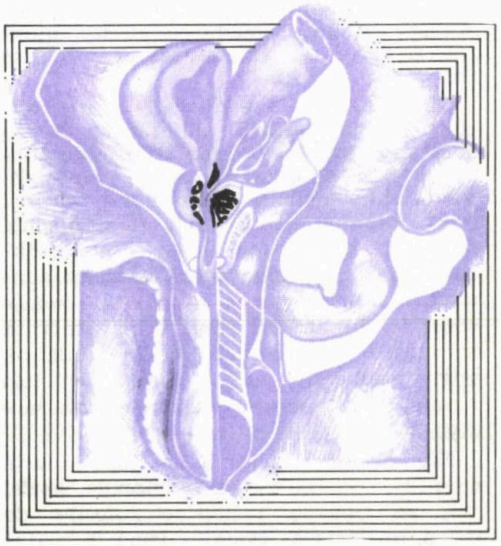
Dar ceea ce trebuie reţinut, în special, în profilaxia îmbătrînirii este *continuarea activităţii* — adaptată fiecărei persoane — şi după vîrsta pensionării. Renunţarea la orice activitate la această vîrstă este egală cu atrofierea treptată a organismului şi accelerarea declinului final. Inactivitatea este distructivă pentru sănătate, ea putînd constitui o traumă pentru psihic.

Există diferite soluţii pentru o viaţă activă şi la vîrsta bătrîneţii, cum sînt : continuarea, sub diferite forme, a activităţii profesionale ; dezvoltarea unor activităţi plăcute, distractive (grădinărit, creaţii literare şi artistice) ; activităţi obşteşti variate (educaţie sanitară, de Cruce Roşie) ; activitate publicistică ; activităţi educative etc.

Dreptul la longevitate aparţine tuturor. Dar longevitatea se caută şi se obţine de fiecare în mod deliberat şi activ. Trebuie să ştii şi să vrei să devii longeviv.

BOLILE PROSTATEI

la vîrstnici



Organ glandular, propriu sexului masculin, prostata este situată sub vezica urinară, înfăşurînd ca un manşon atît gîtul acesteia, cît şi porţiunea iniţială a canalului uretral. Ca urmare a acestei dispoziţii, modificările pe care le suferă această glandă în caz de îmbolnăvire generează, în special, tulburări în evacuarea urinei.

Procese patologice diverse ca : inflamaţii, tumori, pot afecta acest organ la orice vîrstă, atrăgînd consecinţe importante, imediat sau la distanţă, atît pentru aparatul urinar, cît şi pentru întregul organism. La bărbatul care a depăşit vîrsta de 50—60 de ani, afecţiunile prostatice sînt mai frecvente şi ele sînt demne de reţinut atît pentru caracterul lor obstructiv, cît şi pentru importantele implicaţii pe care le au.

Uneori, datorită inflamaţiilor sau consecinţelor lor cicatriceale (fibroză, scleroză) şi a litiazei, suferinţele glandei sînt reprezentate cu precădere în această perioadă a vieţii de adenomul şi cancerul de prostată. În legătură cu aceste două afecţiuni, este necesar să precizăm că din momentul instalării lor şi pînă la apariţia unor tulburări importante, capabile să alarmeze pe bolnav, trece un timp, în general, destul de lung, în care fie că aceste procese patologice nu-şi traduc prezenţa, fie, cum se întîmplă cel mai adesea, modificările sînt foarte discrete, uşor tolerate şi deci neglijate.

Această perioadă iniţială este cea mai propice pentru instituirea cu succes a tratamentului. Înainte ca suferinţa prostatică să capete proporţii şi să determine efecte importante asupra aparatului urinar sau asupra întregului organism, se pot întreprinde mai uşor şi mai eficient unele măsuri. Este necesară însă prudenţă şi o mai bună cunoaştere a primelor manifestări.

În stare de sănătate, în condiţii obişnuite de viaţă, evacuările de urină (micţiunile) au loc ziua sau mai exact în perioada de activitate, de veghe, şi variază ca număr între 3 şi 6 în 24 de ore, în funcţie de particularităţile individuale. Precedată de senzaţia de apăsare, de greutate în jumătatea inferioară a abdomenului şi de dorinţa de expulzie, evacuarea urinei se efectuează uşor, cu presiune. Actului micţional îi urmează starea caracteristică de confort, degajare, ce durează pînă la viitoarea umplere a vezicii. Micţiunea se face conştient, ea este supusă voinţei.

După apariţia primelor senzaţii de micţiune, expresie a acumulării unei cantităţi de urină corespunzătoare capacităţii vezicale (250—300 ml), individul sănătos poate amîna expulzia o perioadă de timp (chiar şi ore) pînă la limita umplerii şi destinderii extreme a rezervorului. O asemenea acţiune voluntară, mai ales exagerat prelungită, este însoţită de senzaţii jenante, chiar dureroase, de micţiune. Tot voluntar, urina poate fi emisă şi înainte de atingerea capacităţii vezicale, cu atît mai uşor cu cît cantitatea colectată este mai mare.

Atîta vreme cît micţiunile îşi păstrează caracterele menţionate, proprii stării de sănătate, ele nu creează preocupări speciale şi puţini sînt aceia care dau atenţie detaliilor. De aceea, este necesar să menţionăm că adesea sîntem confruntaţi în practică cu unele convingeri lipsite de o

bază științifică și larg răspîndite în public, prin care se consideră că bărbații trecuți de 50 de ani, și în special cei mai în vîrstă, trebuie să urineze mai des, chiar să fie nevoiți să se trezească și noaptea în acest scop. Aceștia ajung să evacueze urina la interval de 2—3 ore, pînă și noaptea, totalizînd 8—12 asemenea reprize în 24 de ore. Uneori, scăderea proiecției jetului urinar tinde să fie atribuită tot înaintării în vîrstă și diminuării inerente a puterilor. Asemenea concepții eronate permit evoluția către stări avansate a bolilor menționate, mai greu tratabile.

Evident, nu orice modificare a ritmului și a orarului evacuărilor de urină semnifică o stare patologică pentru prostată. Astfel, cei expuși la frig, cei care ingerează mai multe lichide decît obișnuit, au un număr crescut de micțiuni. De asemenea, cei care consumă seara bere, un ceai diuretic, vor putea înregistra micțiuni și în timpul nopții, senzația de evacuare întrerupîndu-le somnul, fără ca acest fapt să poarte o semnificație patologică. Aceste modificări sînt însă, de regulă, ocazionale și de scurtă durată. Dar și pentru cei care lucrează în timpul nopții și se odihnesc ziua, este firesc ca distribuția micțiunilor să se schimbe, ele avînd caracter nocturn și rareori fiind solicitați în timpul zilei, aceasta fiind destinată odihnei.

Pe de altă parte, diabeticii care elimină o cantitate crescută de urină în 24 de ore, precum și cei supuși la tratamente cu medicamente diuretice, nu trebuie să asocieze modificările apărute de afecțiuni ale prostatei. Sînt de amintit, în aceeași ordine de idei, și tulburările micționale, pe care inflamațiile vezicale, binecunoscutele cistite, le pot genera, fără ca prostata să fie incriminată.

În afara unor asemenea situații, apariția de schimbări în caracterele micțiunilor la bărbatul trecut de 50 de ani, mai ales dacă sînt durabile și au tendința la accentuare progresivă, trebuie să atragă atenția și să determine un consult de specialitate.

Dar prezența afecțiunilor prostatice anterior amintite se mai însoțește, în afara modificării ritmului și a orarului micțional, și de alte manifestări. Astfel, între momentul în care are loc senzația de micțiune și realizarea acesteia, apare o perioadă de așteptare, de întîrziere în care sînt necesare relative eforturi de expulsie. Odată acest moment depășit, micțiunea își urmează cursul fără dificultate.

Treptat, modificările se accentuează. Micțiunile devin sensibil mai frecvente, atît ziua, cît și noaptea, iar bolnavul este nevoit să-și regleze programul și activitățile în funcție de aceste necesități. Scade forța de proiecție a jetului urinar, care cade cît mai aproape, ajungînd să păteze chiar încălțămintea și veșmintele bolnavului. Greutatea, efortul la evacuare, devin supărătoare. În plus, senzația de confort, de relaxare, ce urmează, în general, după evacuarea urinei, își pierde progresiv această calitate, bolnavul avînd simțămîntul că nu a reușit să golească în întregime rezervorul vezical.

Din păcate, în această fază a intensificării și multiplicării tulburărilor, traducînd un avans în evoluția bolii, este consultat medicul specialist. Și dacă se neglijează, suferințele se accentuează tot mai mult, micțiunile incomplete și ineficiente determină ca bolnavul să nu se mai odihnească, să nu-și mai poată exercita activitatea, fiind nevoit să ajungă la sondaje repetate. În același timp, urina stagnată în vezică se infectează, devine tulbure, apar complicații, instalîndu-se suferințele renale. Toate acestea denotă o fază tardivă.

Este necesar să semnalăm însă și alte modificări în afara celor micționale. Astfel sînt schimbările calitative suferite de urină, prezența de sînge în urină (hematurie), care poate să apară la începutul sau la sfîrșitul micțiunilor, alteori durînd tot timpul emisiei. În alte cazuri, pe primul plan se situează permanenta senzație de greutate și apăsare, pe care o resimte bolnavul în zona organelor genitale externe, în perineu, între acestea și anus.

Ținînd seama de intervalul lung ce se scurge de la apariția primelor semne ale bolii și pînă la tulburările severe, corespunzătoare stadiilor înaintate, devine limpede că de îndată ce se instalează o discretă, dar constantă creștere a frecvenței micțiunilor, apar evacuări regulat nocturne și expulzia necesită un efort suplimentar, iar jetul își pierde din presiune, bolnavul trebuie să se prezinte la specialist.

Mai mult, cunoscîndu-se incidența crescută a bolilor prostatei la bărbații vîrstnici, devine prudent controlul periodic de specialitate, în afara oricărei tulburări. Descoperirea precoce a bolilor care afectează prostata semnifică o terapie eficientă, vindecări mai frecvente și mai durabile.

DR. C.P. IOANID

În întîmpinarea bătrîneții

Nu se poate indica o vîrstă limită dincolo de care începe bătrînețea. Cifric, este greu de precizat vîrsta la care maturitatea se continuă cu ceea ce se numește azi „vîrsta a III-a".

În țara noastră durata medie de viață este în continuă creștere. Recent, persoanele cu vîrsta peste 65 de ani depășeau 10% din totalul populației. Pe de altă parte, persoane care depășesc 80 de ani, adevărate rarități cu 30 de ani în urmă, sînt astăzi din ce în ce mai des întîlnite, prezentînd o stare generală bună, cu unele tulburări de vedere sau de auz, cu unele articulații mai puțin suple, dar cu mintea limpede, vădit interesate de ceea ce se petrece în lume, sufletește angajate în diverse proiecte, cu atenția îndreptată spre viitor. Nimic în comportamentul lor nu trădează pasivitatea sau resemnarea. Să fie oare bătrînețea numai o chestiune de energie morală? Desigur că nu. Sîntem în mare măsură purtătorii unei anumite ereditați, moștenim de la predecesori unele trăsături specifice, printre care vîrsta la care uzura funcțională și organică se fac simțite. O foarte bună igienă de viață poate atenua „pasivul" zestrei ereditare, dar numai în parte.

Posibilitățile corectării sau compensării efectelor patologice ereditare sau dobîndite de-a lungul vieții sînt azi apreciabile. În pragul bătrîneții se impune, în primul rînd, un bilanț al stării de sănătate, care va depista tulburările incipiente sau bine conturate, de care depind atît calitatea vieții în următoarele două sau trei decade, cît și viața însăși. De exemplu, cei care se știu purtători ai unui adenom de prostată, ai unui calcul biliar sau renal, vor trebui să se opereze, după cum cei care poartă 20 de kg în plus pentru înălțimea lor vor trebui să le piardă prin cură de slăbire treptată, în decurs de 1—2 ani. Descoperirea și corectarea tensiunii arteriale peste limita de 16/9 sau reducerea concentrației colesterolului din sînge, cînd acesta depășește 300 mg/100 ml, devin obligatorii. Aceste măsuri cer nu numai un efort de voință, dar și avizul medicului, care va fi indispensabil și nuanțat de la caz la caz.

Alături de celelalte măsuri este binevenit și exercițiul fizic. Evident, nu se poate pretinde unei persoane în pragul bătrîneții să practice un sport pe care nu l-a practicat niciodată, dar exercițiul cel mai la îndemînă, recomandat încă din vremuri imemorabile, rămîne mersul pe jos, care are avantajul că poate fi dozat și ca viteză, și ca durată, în funcție de capacitățile fiecăruia. Este necesar însă să facem o precizare: el trebuie practicat zilnic, contribuind, în același timp, la o accelerare a ritmului inimii și a respirației, dacă, bineînțeles, nu există o contraindicație medicală.

Pe de altă parte, la această vîrstă se impune asanarea focarelor infecțioase den-

tare și completarea danturii, ea fiind, în general, deficitară. Aceasta cu atît mai mult cu cît stomacul prezintă o hipoaciditate (secreție mai scăzută a acidului clorhidric), pancreasul și intestinul au o activitate mai redusă, iar mușchii devin mai hipotoni.

Adesea se constată că datorită lipsei danturii, oamenii în vîrstă își restrîng alimentația și consumă din ce în ce mai rar carne și crudități. Dacă nevoile de calorii se reduc treptat cu vîrsta, făcînd inutil sau chiar dăunător consumul sistematic de grăsimi sau dulciuri concentrate, restrîngerea consumului de lapte sau brînzeturi, carne sau ouă este o mare greșeală. Aceste alimente furnizează organismului proteine cu mare valoare biologică, apte de a reface uzura țesuturilor. Se știe că protidele, suport al vieții, intră ca o componentă esențială în structura tuturor organelor și țesuturilor. Un dublu curent — asimilator și dezasimilator — traversează aceste țesuturi, în ritm echilibrat, atîta timp cît ele sînt vii. Îmbătrînirea înseamnă, din acest punct de vedere, o încetinire treptată a curentului asimilator, ceea ce face ca repararea uzurii inevitabile să se facă cu întîrziere și într-un ritm din ce în ce mai lent. Compararea cu o flacără care pîlpîie înainte de a se stinge este sugestivă pentru această situație. Se înțelege de ce, în aceste împrejurări, restrîngerea aportului de proteine — pietre de construcție ale structurilor funcționale ale organismului — are efectul de a grăbi uzura inerentă vîrstei a III-a.

Demineralizarea scheletului — frecventă la această vîrstă — se datorește, în primul rînd, sărăcirii matriței protidice a osului, pe care se fixează sărurile de calciu și, în al doilea rînd, pierderilor de calciu propriu-zise. Laptele și brînzeturile sînt indispensabile pentru corectarea sau limitarea acestui proces, atît prin protidele pe care le conțin, cît și prin calciul din lapte, eminamente asimilabil.

Încetinirea tranzitului intestinal se întîlnește frecvent la oamenii în vîrstă, ca efect al eliminării din alimentație a crudităților (salată și fructe) și al sedentarismului. Cruditățile constituie un vehicul nu numai al vitaminelor și al unor săruri minerale, dar și al substanțelor de balast, fără valoare digestivă, dar indispensabile reglării motilității intestinale. Lipsa lor este urmată de constipație, care favorizează apariția unor complicații redutabile (hemoroizi, infecții ale căilor urinare sau biliare). Dar un consum zilnic de crudități necesită o bună masticație, deci o dantură în stare bună.

Pe de altă parte, în perspectiva sistării activității profesionale la vîrsta pensionării, se impune adoptarea unor ocupații artistice și de interes social. Inactivitatea totală sau absorbirea în exclusivitate în îndeletnicirile minore ale cotidianului constituie un factor de regres psihic și, implicit, de îmbătrînire rapidă.

DR. D. SDROBICI

— Fii atent la incizii și la cusături ! N-aș vrea să mă faci să-ți iau sînge !...

Bătrîneţe

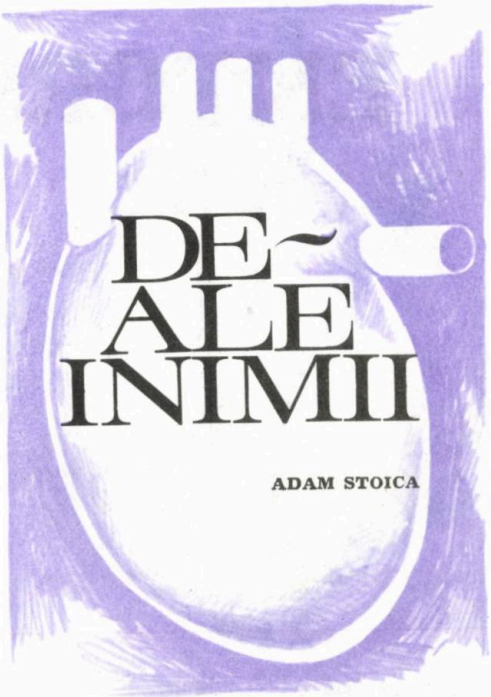
N-am diabet, nici spondiloză,
Un puls normal şi n-am coşmar.
Deci cred în forţa tinereţii
Şi nu mă tem de calendar.

Am fost teribil, va să zică,
Vînjos, precum un leopard,
Nu mă gîndeam la schimb de inimi
Şi nici la doctorul Barnard.

În arca timpului fugară,
Tot alergam spre piscuri noi,
Din salt în salt peste abisuri,
Uitînd de anii dinapoi.

Dar, într-o zi, iluzia vană
S-a destrămat într-un tramvai,
Cînd mi-a dat locul o codană :
Bunicule, te rog să stai !

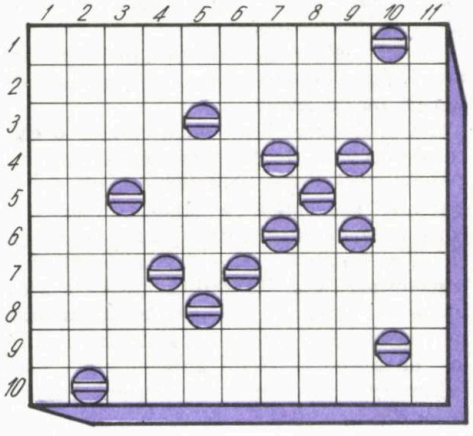
TEODOR MARICARU



ORIZONTAL : **1.** Tandru (pl.). **2.** Cu inima largă (fem.). **3.** Vine de la inimă — Cu inima albastră. **4.** A irosi — Din toată inima ! **5.** Două inimi într-un vals ! — A se ascunde — Întreprindere comercială de stat (abr.). **6.** Papuci — Cap de efigie ! **7.** Afluent al Amurului — Scumpă inimii lui Petrarca. **8.** Orez (pop.) — Bătaia inimii (2 cuv.). **9.** Cu inima de piatră. **10.** Se recomandă celor suferinzi de inimă.

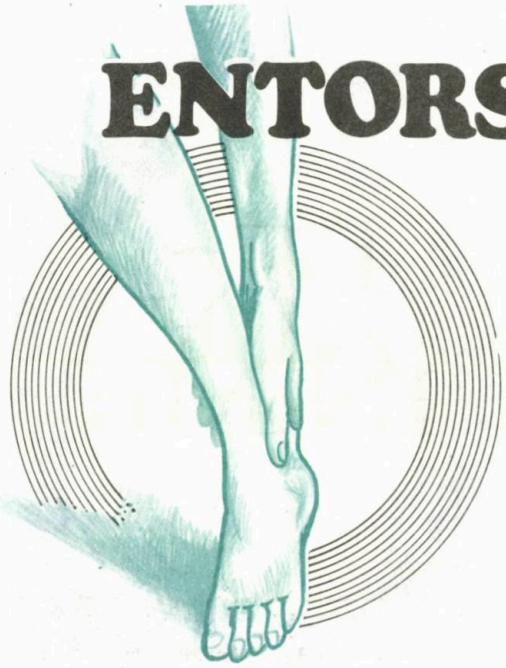
VERTICAL : **1.** Inimă rea. **2.** De la inimă la inimă (fem. pl.). **3.** Săgetătorul de inimi — Sediul inimii. **4.** A vorbi păsăreşte — Cubul norocului. **5.** Tenis ! — Una din cele patru culori ale cărţilor de joc, purtînd desene în formă de inimă cu o codiţă — Inimoasă... în final ! **6.** Le bate inima mai tare — Tot (pop.). **7.** Riu în U.R.S.S. — Fir subţire de metal. **8.** Cartier londonez — Unul pentru care este valabilă zicala „ochii văd, inima cere". **9.** Ianuarie (abr.) — Comună în R. P. Mongolă. **10.** Cu inima deschisă (fem.). **11.** I-a mers la inimă.

Dicţionar : IAI, OMI, SOHO, UTRE.



ENTORSELE

DR. NICOLAE GORUN
medic primar
Spitalul județean Ilfov



Entorsa este un traumatism articular închis, care cuprinde ansamblul leziunilor părților moi articulare și periarticulare produse printr-o mișcare bruscă și brutală, ce depășește limitele fiziologice ale articulației respective. Denumirea de entorsă provine de la cuvîntul latinesc *intorsus*, care înseamnă „sucit". Termenul de scrîntitură trebuie evitat, deoarece el definește luxația.

Dar pentru a înțelege mai bine prin ce se caracterizează o entorsă, vom sublinia unele aspecte, care merită a fi reținute :

— în entorse, toate părțile moi ale articulației (ligamente, capsulă sinovială, cartilaj, discuri și meniscuri, precum și extremitățile osoase pot prezenta leziuni ;

— indiferent de amploarea leziunilor locale, entorsele se traduc prin tulburări funcționale importante ;

— entorsele neglijate sau incorect tratate lasă deseori sechele supărătoare, uneori foarte grave.

Cauza determinantă a entorselor o constituie accidentele de orice fel, care solicită brusc o articulație oarecare dincolo de rezistența fiziologică a ligamentelor și a capsulei articulare. Între cauzele predispozante se numără : orice laxitate articulară congenitală sau dobîndită prin traumatisme anterioare, paraliziile și atrofiile musculare, devierile și dezaxările membrelor, oboseala, lipsa de antrenament, viața sedentară, hipotonia musculară, obezitatea etc.

Mai frecvent întîlnită la sexul masculin, entorsa este, de regulă, o leziune a adultului, deși se poate întîlni la orice vîrstă. La copii, ligamentele fiind suple și elastice se lasă destinse ușor, fără a se rupe, iar la bătrîni cedează mai repede țesutul osos epifizar, fragilizat prin osteoporoză.

Ca localizare, entorsele de gleznă ocupă primul loc, fiind urmate, în ordine descrescîndă, de entorsele de genunchi, entorsele de pumn, de police, degete, cot, umăr etc.

La gleznă, răsucirea înăuntru a piciorului fixat într-un șanț îngust, un pas greșit sau mersul pe un teren accidentat determină entorsele cele mai frecvente. Răsucirea în afară a piciorului este rar întîlnită, ligamentul colateral intern fiind mult mai puternic. La genunchi, întîlnim mai frecvent entorsa internă simplă, produsă prin abducția bruscă a gambei fixate pe sol, și mai rar entorsa complexă, care comportă leziuni simultane pe ligamentul intern, meniscul intern și ligamentul încrucișat anteroextern.

În momentul producerii accidentului, durerea este spontană, vie, atroce, uneori sincopală. Ea este localizată în regiunea articulației traumatizate, are o zonă de răspîndire mai largă și iradiază uneori la distanță, în segmentul distal sau proximal al membrului interesat. Durerea este rezultatul unor excitații mecanice și chimice anormale, culese de bogata rețea de receptori nervoși din structurile articulare și periarticulare lezate. Uneori, durerea puternică din momentul accidentului scade mult din intensitate, pentru ca după cîteva ore să devină violentă, împiedicînd complet funcția articulară. Alteori, durerea are o intensitate mult mai mică, apărînd mai degrabă ca o jenă dureroasă.

Impotența funcțională parțială sau totală constituie un al doilea simptom funcțional întîlnit în entorse. Jena sau impotența funcțională variază cu gradul lezării și cu articulația interesată, iar la controlul efectuat se constată creșterea rapidă în volum a acestei articulații (hematom și edem). Ruptura vaselor sanguine se traduce prin apariția la 2—48 de ore de la accident a unor vînătăi (echimoze) în jurul articulației traumatizate.

Temperatura locală este de obicei crescută și ea se va cerceta cu dosul degetelor. Prin palpare blîndă și metodică, se vor căuta punctele dureroase, ele avînd tot-

deauna sediu ligamentar şi nu osos, precum şi reperele osoase, care îşi păstrează raporturile normale.

Ruptura sau dezinserţia ligamentelor are drept consecinţă imediată o laxitate articulară (instabilitate), cu mişcări anormale în sens lateral sau anteroposterior, cum se remarcă deseori la genunchi şi la gleznă. Mişcările anormale pot fi constatate prin efectuarea unor mişcări pasive forţate în articulaţia respectivă, în sens opus ligamentului lezat, manevre care intensifică însă durerea şi declanşează o contractură musculară reflexă.

Pentru confirmarea şi completarea diagnosticului clinic este absolut necesar un examen radiologic corect din cel puţin două incidenţe. Acest examen indică uneori leziuni osoase sub formă de fisuri, fracturi sau smulgeri, fapt care schimbă fundamental conduita de tratament. În general, examenul radiografic efectuat în poziţie forţată ne arată clar gradul rupturii capsuloligamentare şi, în funcţie de acest element, se stabilesc conduita şi durata tratamentului.

În raport cu întinderea leziunilor şi intensitatea semnelor clinice, distingem entorse de gradul I (uşoare), gradul II (moderate) şi gradul III (grave).

Tratamentul entorselor urmăreşte suprimarea durerii, dispariţia edemului, cicatrizarea leziunilor capsuloligamentare şi prevenirea atrofiei musculare, a laxităţii ligamentare, a redorilor articulare şi a osteoporozei.

Tratamentul oricărei entorse trebuie instituit cît mai precoce şi urmărit îndeaproape. Entorsele uşoare, cu semne locale discrete, cedează cu uşurinţă la tratamentul obişnuit (antalgice, eventuale infiltraţii anestezice locale, comprese reci cu soluţie Burovin, Lasonil sau Fenilbutazonă local, bandaj moale sau bandaj elastic). Formele mai grave trebuie tratate de specialistul traumatolog, care recurge, de regulă, la imobilizarea gipsată a articulaţiei lezate, în poziţie funcţională, pentru o perioadă de 7—21 de zile, în funcţie de gradul entorsei şi de localizarea ei. În toată perioada de imobilizare, pacientul va fi sfătuit să efectueze contracţii musculare izometrice, iar după scoaterea aparatului gipsat, se va institui un program de recuperare funcţională, care va cuprinde mişcări activo-pasive, agenţi fizicali şi balneari, tratament antiedematos şi dispersant. În această etapă evolutivă, se impune o colaborare strînsă cu serviciul de recuperare.

În cazuri rare, gravitatea leziunilor capsuloligamentare necesită un tratament chirurgical de specialitate.

răvaşe

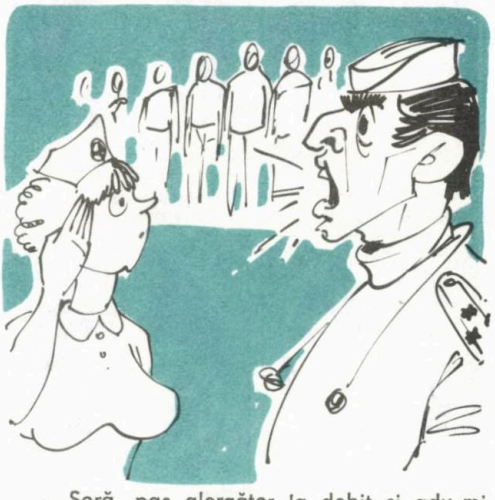
Pentru anul care bate,
La mulţi ani şi sănătate !
Pentru anul care vine,
Bucurii şi mai depline !

Bradul scumpei noastre ţări
Are-n astă noapte,
Stele de realizări,
Globuri mari de fapte !

MEDICILOR

Pentru medicii de gardă
Să-nchinăm respectuos !
Ei stau anului de strajă
Să sosească sănătos.

G. ZARAFU



– Soră, pas alergător la debit şi adu-mi nişte (trans)plante de-alea de tutun ! Fuga, marş !...

TEHNICA AUTOEXAMINĂRII SÎNILOR

metodă eficientă pentru depistarea precoce a formaţiunilor tumorale

Dr. doc. AL. TRESTIOREANU
Director al Institutului oncologic, Bucureşti

În acţiunea de depistare a cancerului mamar, un rol deosebit revine autoexaminării sînilor, înţelegîndu-se prin aceasta inspecţia şi palparea, făcute periodic si sistematic, de către femeia însăşi şi după o tehnică extrem de simplă, dar precisă. Un asemenea examen atent permite descoperirea unor formaţiuni tumorale sau a unor semne anormale existente la nivelul sînilor, altfel nesesizate, obligînd femeia să se prezinte imediat la medicul specialist, în vederea precizării diagnosticului şi a instituirii de urgenţă a unui tratament adecvat.

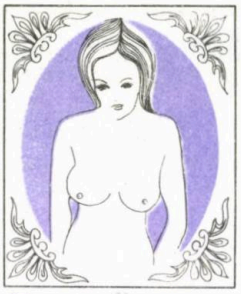
Autoexaminarea sînilor trebuie practicată lunar, în aceeaşi perioadă a ciclului menstrual, de preferat după încetarea menstrei, cînd glanda mamară revine la dimensiunile normale. Se va începe prin inspecţia sînilor, examen ce se va practica în oglindă, cu braţele mai întîi pe şolduri, iar apoi cu mîinile la ceafă, observînd cu atenţie modificările de formă şi de dimensiune ale sînilor, cele de culoare a tegumentelor, precum şi existenţa unor depresiuni cutanate, retracţii ale mameloanelor sau orice alte modificări ale acestora, cum sînt : scurgerile de orice fel, dar, mai ales, cele sanguinolente, existenţa de cruste, fisuri, ulceraţii etc.

Autoexamenul continuă cu palparea, care trebuie făcută cu blîndeţe, folosind palma întinsă, cu degetele lipite ; se explorează sistematic întregul sîn, imaginîndu-l ca pe un cadran de ceasornic, împărţit în felii corespunzătoare fiecărei ore. Se va începe cu felia de sîn care corespunde orei 12, parcurgînd cu răbdare pe toate celelalte, în sensul acelor de ceasornic. Atragem atenţia că palparea se va executa cu toată suprafaţa degetelor, şi nu cu vîrful lor.

Poziţia folosită la palpare este cea culcat, avînd o pernă sub omoplatul de partea sînului care urmează să fie explorat. Braţul de partea respectivă va fi ţinut sub cap, folosind pentru examen mîna de partea opusă (dreaptă pentru sînul stîng şi invers). Se vor căuta modificările de consistenţă ale glandei mamare, apărute sub forma

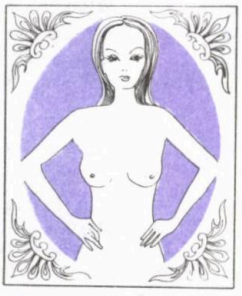
1 ÎN FAŢA OGLINZII

1 Coboriţi braţele.



2 Aplecaţi-vă înainte.

3 Ridicaţi braţele cu mîinile la ceafă.



4 Cu mîinile pe şolduri, strîngeţi muşchii toracelui şi ai braţelor, prin apăsare puternică.

unor indurații, sau cele apărute pe suprafața tegumentelor regiunii.

Cu acest prilej, vor fi examinate, după aceeași tehnică, și regiunile axilare, pentru descoperirea unor ganglioni măriți de volum, mai ales în cazurile în care s-a observat concomitent și existența unei tumori în sînul respectiv.

În cazul în care ați descoperit vreo modificare, prezentați-vă de urgență la medic :

- *la orice cabinet de oncologie din sectorul dvs. în București ;*
- *la orice cabinet de oncologie din policlinicile orașului în care locuiți,*

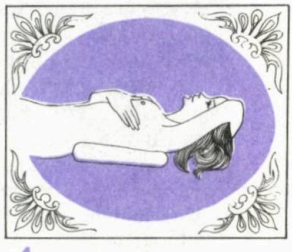
în vederea precizării diagnosticului și a instituirii unui tratament corespunzător.

B CULCAT PE SPATE, PE O PERNĂ SAU UN PROSOP

1 Ridicați mîna stîngă deasupra capului, iar cu dreapta palpați jumătatea interioară a sînului stîng.

2 Palpați jumătatea exterioară, de la partea inferioară la cea superioară.

3 Acordați o deosebită atenție zonei dintre sîni și subsuoară.



4 Palpați de la mamelon către marginea sternului.

MEDICINA

LA VECHII GRECI

Întreaga civilizație a Greciei antice a avut ca obiectiv *omul*, grija pentru prevenirea îmbolnăvirilor și îmbunătățirea stării de sănătate, *omul* cu nevoile sale spirituale și materiale.

Mai aproape de om decît oricare altă știință sau artă, medicina din Grecia antică a fost din vechime celebrată. Conform celei mai vechi tradiții poetice, centaurul Chiron, educatorul lui Ahile, a fost și profesorul lui Esculap (în greceşte Asklepios), fiul lui Apolo și al nimfei Coronis. Mult învățatul Chiron, tatăl medicinii, a făcut din el un medic, care a devenit apoi zeul medicinii. Poetul Pindar a descris în a treia pythică, un magnific tablou al carierei lui Asklepios. El arată cortegiul răniților și bolnavilor „cu ulcere interne, cu carnea sfîrtecată de lance și praștie, cu corpurile pustiite de epidemii", toți vindecați, „repuși pe picioare", prin operațiile și leacurile lui Asklepios. Sfîrșitul carierei medicale și al vieții acestuia a fost pedeapsa lui Zeus, cînd, vrînd să forțeze natura, el a smuls morții un om.

Pornind de la această legendă poetică, acreditată apoi și de Homer în Iliada și Odiseea, este probabil că Asklepios a fost un personaj istoric, ca și toți participanții la cucerirea Troiei. După obiceiul grecesc, el a fost zeificat și a rămas ca atare în memoria poporului grec. Fiii acestuia, Machaon și Rodaleiros, îngrijeau rănițiii în Iliada și alături de ei se aflau mulți „medici" în stare să opereze rănile, să le dezinfecteze, să le bandajeze, să aplice comprese, uneori praf din rădăcini pisate, cu virtuți sedative și curative. Homer cunoștea și descria, adesea cu precizie, aproape 150 de răni, ca și un mare număr de organe ale corpului omenesc, iar profesiunea de medic era exercitată și respectată în Iliada. „Un medic — spunea el — valorează singur cît mai mulți oameni la un loc".

Medicii greci erau grupați în corporații și aveau reguli, rețete, balsamuri și leacuri pe care le ofereau celor suferinzi, umblînd din loc în loc, din sat în sat și din cetate în cetate. Rețetele erau considerate drept proprietatea lor exclusivă.

Marele filozof grec Platon nu considera medicina drept o „artă liberală", deoarece, în acea vreme, neexistînd diplomă, mulți șarlatani se dădeau drept medici. Așa-zișii tămăduitori, care se foloseau de formule magice sau interpretau visele, făceau parte dintr-un curent mistic de origine orientală (egipteană, se pare) și profesau mai ales în sanctuarele lui Esculap, la Tricca, în Tessalia și la Epidaur, în Peloponez. Aceștia constituiau însă excepția. Spiritul grec era străin de magi, iar medicina magică nu ocupa un loc însemnat în vechiul poem al Iliadei.

Paralel cu miracolele și descîntecele preoților, medicina laică s-a dezvoltat logic, bazîndu-se pe observația bolnavului.

Pornind de la Democrit, care proclamă că omul cunoaște lumea prin simțuri într-un mod cu totul material, „prin intermediul curenților de atomi" (sau al undelor, cum am spune astăzi), care vin de la obiecte și lovesc organele senzoriale, precum și de la Thales din Milet, potrivit căruia „natura este totodată inteligentă și inconștientă", medicina din timpul lui Hipocrate constată că organismul repară singur pierderile, fără să fi învățat și în mod cu totul inconștient. Acest lucru apare evident în cicatrizarea rănilor, în formarea calusului osos, în fenomenele de reacție la infecție, care nu sînt rezultatul artei medicale, ci opera automată a naturii. De aici și dictonul care s-a păstrat pînă în zilele noastre : *„primum non nocere, deinde salutare"*.

Și astfel, materialistă și bazată pe observarea naturii umane, medicina greacă laică se fondează ca știință.

Pentru formația medicală existau centre la Cnidos, la Cos și poate la Crotona, patria lui Demokedes, medicul orașului Egina și apoi al Atenei, înainte de a intra în slujba tiranului Policrate, la Samos, și apoi a regelui Darius al perșilor.

Din fericire posedăm un întreg corpus de scrieri medicale din epoca hipocratică, documentație complexă și de mare valoare pentru a putea reconstitui medicina din acea vreme.

Din colecția hipocratică, aproape 70 de tratate erau atribuite de cei vechi marelui Hipocrate ; unele din acestea aparțineau medicilor școlii din Cnidos. Practicienii din Cnidos erau experți în observația clinică a bolilor, dar nu căutau să afle cauza acestora și nici nu încercau să deducă tratamentul cauzal. Medicii din Cnidos explorau bolnavii de plămîni astfel : „bolnavul, așezat pe un scaun solid, era luat de umeri și zgîlțîit ușor, lipindu-și urechea de coaste, pentru a ști dacă răul se află în dreapta sau în stînga", precizînd în continuare : „ținînd mult timp urechea pe coaste, se aude un fel de oțet care fierbe". Deci, „scuturarea hipocratică" aparține școlii medicale din Cnidos și de aici s-a ajuns la metoda „auscultației", redescoperită de francezul R. Laënnec (1781—1826).

Deși terapeutica cnidiană era săracă, s-a găsit totuși în tratatele lor descrierea numeroaselor intervenții chirurgicale și a instrumentelor cu care se făceau acestea. Astfel, polipii nazali se cauterizau cu fiare lungi înroșite în foc sau se smulgeau cu un băț legat cu o sfoară. Inciziile pe rinichi (pentru infecții) se făceau adînc, „în locul unde organul era cel mai umflat". Chirurgii cnidieni, ca și cei egipteni, realizau trepanația craniului pentru a evacua colecția purulentă ce amenința vederea.

În tratatul „Despre inimă", atribuit recent lui Philistion, care a profesat la Siracuza, aparținînd la școala cnidiană, se vede apogeul observației anatomoclinice. Autorul, practicînd disecția, a studiat o inimă omenească extrasă de la un mort. Astfel, el a aflat structura internă a inimii, a reușit să deosebească venele de artere și a descris cu mare precizie valvulele, care fac să comunice ventriculele cu auriculele.

Medicii cnidieni știau că organele simțurilor sînt legate de creier, ei cunoșteau

membranele ochiului şi pe cele ale encefalului, ei ştiau că vena cavă superioară aduce sîngele la inimă, într-un cuvînt se poate afirma că din timpuri îndepărtate (secolul al V-lea înaintea erei noastre) s-a încercat să se bazeze patologia pe cunoaşterea anatomică. Acesta constituie, se pare, apogeul medicinii cnidiene şi poate fi sintetizat astfel : „natura corpului este punctul de plecare al raţionamentului medical".

Cu toate că şcoala din Cnidos s-a bucurat de unele merite, se pare că în insula Cos, unde către 460 î.e.n. s-a născut celebrul Hipocrate, se practica cea mai „înaltă" formă de medicină din Grecia acelor timpuri. O serie de tratate din colecţia hipocratică au parvenit de la el şi de la ucenicii săi şi sînt de mare valoare în aprecierea problematicii medicinii din Grecia antică. Dintre acestea menţionăm : „Despre diagnostic", „Aforisme", „Despre articulaţii", „Despre fracturi" etc. Alături de acestea, „Jurămîntul", „Legea", „Medicul", „Bunacuviinţă", „Preceptele" completează comoara medicinii ştiinţifice a vechii Grecii cu umanismul medical.

„Jurămîntul" lui Hipocrate lega strîns pe elevi de profesor, de confraţi şi de obligaţiile profesiunii, iar în afara unei decente şi umane atitudini morale, medicina profesată de membrii ei era strict ştiinţifică şi riguros opusă supranaturalului.

Medicul hipocratic (dacă nu chiar Hipocrate însuşi) observa, întreba şi lua note. „Epidemiile" nu sînt altceva decît fugare, dar precise note luate de medic despre bolnav, căci „examenul corpului (bolnavului) este un lucru serios : el solicită vederea, auzul, mirosul, pipăitul, graiul şi judecata". Medicul studiază pacientul legat de mediul său, ca şi de trecutul său patologic, de sechelele lăsate de acesta, de felul de viaţă, de climatul în care trăieşte.

El îşi propune („Despre diagnostic") „să spună *ceea ce a fost*, să cunoască *ceea ce este*, să prezică *ceea ce va fi*". Mai tîrziu şcoala medicală din Alexandria va denumi aceste trei obiective *anamneză, diagnostic* şi *prognostic*.

Dar diagnosticul nu are pentru Hipocrate scopul în el însuşi, ca pentru medicii cnidieni. Diagnosticul conduce la tratament în mod logic şi aproape obligatoriu. Iată direcţiile tratamentului medical, prezentate didactic de autorul „Regimului bolilor acute" : „restabilirea tuturor celor bolnavi, conservarea sănătăţii tuturor celor sănătoşi, creşterea puterilor celor care se dedau la exerciţii gimnastice".

Hipocrate şi elevii săi cunoşteau limitele ştiinţei medicale ; admiteau că vindecarea se produce în om cu concursul naturii, adică prin acţiunea organismului uman. Scopul medicului este de a da ajutor acţiunii curative a naturii. „Natura este medicul bolilor" — scria el în „Epidemii". Şi reluînd ideea lui Thales, pe care l-am mai menţionat, „natura, care n-a primit învăţătură, care n-a învăţat nimic, face totuşi ceea ce se cuvine". Medicul ajută omul bolnav în măsura în care cunoaşte forţele care îl apără spontan împotriva bolilor. Într-adevăr, natura are nevoie uneori să fie susţinută şi Hipocrate dă exemplul respiraţiei artificiale, prin care medicul suplineşte temporar lacunele naturii.

Dar studiul hipocratic cel mai complex este reprezentat de lucrarea „Despre aer, ape, locuri". Aici Hipocrate, după tradiţia veche a medicilor itineranţi, parcurge ţările Europei şi Asiei, studiind obiceiurile oamenilor şi arătînd că acestea sînt influenţate de solul şi aerul de deasupra lor. Omul gîndeşte şi acţionează în acord cu mediul în care locuieşte ; mediul de viaţă al fiecărui bolnav este util pentru medicul pus în faţa suferinţei acestuia.

Gîndind logic şi făcînd o serie de asocieri neaşteptate pentru vremea aceea, Hipocrate tinde să afle dacă un anume pacient, trăind într-o anume ţară, supusă unei anumite influenţe geografice sau meteorologice, mîncînd un anume fel de alimente şi bînd o anume apă sau vin, este expus să facă o anume boală.

Complex în preocupările sale şi judecînd totdeauna ceea ce vedea, iată sfaturile sale în „Rănile cazului" : „Dacă osul a fost despuiat, trebuie să facem un efort de inteligenţă, să înţelegem ceea ce este invizibil şi să recunoaştem dacă osul este fracturat sau numai contuzionat şi dacă la rana pielii şi la învelişul osului se adaugă contuzia sau fractura".

În tratatul „Despre articulaţii" se descriu diversele accidente ale membrelor corpului : fracturile braţului, nasului, piciorului, luxaţiile umărului, şoldului. Se arată multiplele procedee de reducere a fracturilor şi luxaţiilor, făcîndu-se o alegere motivată între aceste procedee.

Umanismul medical care străbate întreaga colecţie hipocratică stabileşte comportarea morală cerută de Hipocrate elevilor săi în „Jurămîntul", text cunoscut de toţi medicii. Această comportare reiese şi din

alte lucrări ale sale : „Moravurile medicului să fie onorabile și fără reproș, față de toți va fi grav și uman, amabil cu oamenii de treabă, nici impulsiv, nici rău dispus, nici cu o veselie excesivă" („Despre medic").

„Medicul care, din cauza inexperienței sale, nu vede limpede, va cere asistența altor medici, cu care se va consulta asupra cazului bolnavului..." („Precepte").

„Acolo unde este dragoste de oameni, este de asemenea dragoste pentru arta medicală" („Precepte").

Astfel se înfățișează peste milenii medicina hipocratică din vechile texte, cu problematica și realizările sale, cu bogata moștenire pe care ne-a transmis-o. De la școala din Cos a lui Hipocrate și a elevilor săi (secolul al V-lea î.e.n.), doar școala din Alexandria mai aduce elemente noi, datorită faptului că, în condițiile transferării activității științifice medicale din Grecia în Egipt, în cele 3 secole alexandrine (sec. III—II—I î.e.n.), a fost posibilă și a devenit firească disecția cadavrelor. Savantul medic Herophilus își însoțea cursurile de medicină cu disecții publice ale unor cadavre omenești. El a fost primul care a predat medicina la Muzeul din Alexandria, după anul 300 î.e.n., atrăgînd mulți tineri din Grecia și Orient. Se pare că a executat în public disecția a peste 600 de cadavre omenești. Acest mod de studiu ajutător al medicinii a permis o serie de descoperiri publicate de Herophilus în „Anatomica". Deși toate acestea sînt astăzi pierdute, cunoaștem din mărturiile contemporanilor și mai ales ale unor scriitori care au trăit după el, o serie din realizările sale. El este primul care a făcut distincția dintre vene și artere, constatînd că prin ambele circulă sînge (pînă la el se știa că arterele conțin *aer*, de unde provine și numele lor). A studiat ficatul, pancreasul, organele genitale interne, dar mai ales inima și sistemul circulator. De asemenea, Herophilus a studiat amănunțit ochiul, nervul optic și retina, a recunoscut în creier sediul centrului sistemului nervos, a aflat legătura dintre creier și măduva spinării și a inventat o mare parte a terminologiei anatomice, folosită și astăzi. Întreaga practică medicală a lui Herophilus s-a bazat pe solidele sale cunoștințe anatomice.

Contemporan cu Herophilus, școala de medicină din Alexandria a mai avut ca strălucit reprezentant pe Erasistratos. Fiziolog deosebit de reușit, Erasistratos a avut și contribuții anatomice de seamă la știința veacului său : el a notat circumvoluțiile creierului, a deosebit primul nervii senzitivi de cei motori și a recunoscut că arterele au pulsație, în timp ce venele nu.

Medicii alexandrini, folosind corect metoda experimentală, anatomia și fiziologia, au îndreptat hotărît medicina spre căi științifice.

De menționat că, odată cu ei, începe să se dezvolte anestezia. Astfel, ei frecau cu zeamă de mătrăgună partea ce trebuia operată. Se pare însă că această contribuție a fost foarte apreciată de chirurgii vremii.

În Grecia antică, mulți dintre medici aveau laboratoare și chiar „clinici particulare", adăpostind pe timpul tratamentului bolnavii pe care-i îngrijeau.

O instituție cunoscută și apreciată era aceea a medicilor publici „de stat" (de fapt, ai cetății). La Atena, medicii publici erau aleși de adunarea cetățenilor, în fața căreia își expuneau calitățile și succesele. Cetatea îi plătea, le oferea un local pentru consultații, operații, spitalizarea bolnavilor, iar leacurile erau și ele plătite de cetate. Cheltuielile necesitate de acest serviciu erau acoperite dintr-un impozit special. Astfel, bolnavii care nu aveau bani să apeleze la un medic particular erau îngrijiți de medicul public, pe seama cetății.

În Grecia existau și medici militari, care însoțeau armatele în timpul războaielor, pentru a îngriji răniții. Tot astfel, odată cu dezvoltarea igienei și a sportului, existau medici care îngrijeau pe atleți. De multe ori chiar maeștrii de gimnastică erau obligați să fie, în același timp, igieniști și dieteticieni, dar și masori și ortopezi, pentru a reduce fracturile și luxațiile survenite în timpul practicării sporturilor. Acestea se împleteau, în mare parte, cu deprinderile igienice, astfel încît ei practicau înotul în mare, în rîuri, dar și la fîntîni și piscine. Baia pentru curățenia corpului se făcea în localurile băilor publice, cu aducție de apă caldă și evacuare prin țevi de plumb.

Grecii nu cunoșteau săpunul. Ei foloseau un carbonat de calciu, extras din pămînt, sau o soluție de potasiu, din cenușa de lemn. Curățenia constituia un element foarte prețuit de greci, chiar în afara sfaturilor medicale.

Așezînd în centrul atenției omul, grija pentru menținerea sănătății și prelungirea duratei de viață, medicina greacă a

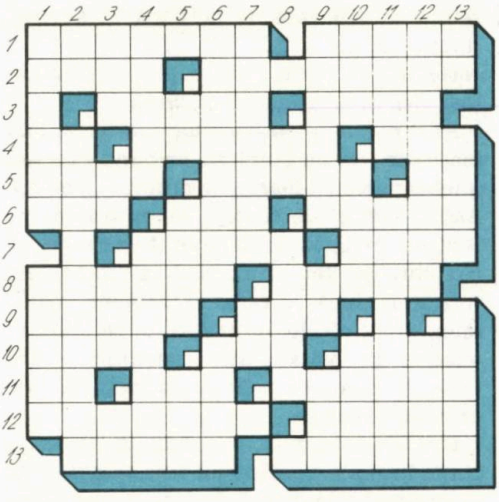
strălucit într-atît încît nu a putut fi uitată nici după stingerea farului de la Alexandria. În epoca romană, medicii erau greci și profesau după preceptele lui Hipocrate. În vremea arabilor, medicina a rămas credincioasă originilor sale grecești, menținîndu-se ca știință. Și pînă la Renaștere, care a descoperit-o ca pe o comoară, alături de celelalte fațete ale artei și culturii antichității, medicina greacă a dăinuit, credincioasă țelurilor sale științifice și umane, modestă și rațională, în slujba vieții și a omului.

Dr. ȘTEFAN MILICESCU
medic primar, chirurgie plastică și reparatorie

mozaic MEDICAL

ORIZONTAL : 1. Eroina comediei „Doctor fără voie" de Molière — Medic obstetrician. 2. ...Codrescu, medicul din romanul „Adela" de George Călinescu — „...rurali", povestire de Cehov. 3. Ciung (reg.) — Aliment care joacă un rol fiziologic însemnat în menținerea echilibrului osmotic al organismului. 4. Friptă la inimă ! — Prescripție a medicamentelor necesare unui bolnav — Mediu marin ! 5. A planta — Organ central al aparatului circulator — Întoarceți-vă ! 6. Ocol — Atotcuceritori — Așa cum este boala cu caracter de criză. 7. Albia unui riu — Arbust. 8. Medicul Ieronimo de..., personaj din piesa „Apus de soare" de B. Șt. Delavrancea — A se răsti. 9. Medicul din piesa „Om și supraom" de B. Shaw — În reluare. 10. Soția lui Zeus (mit.) — La capătul seringii (pl). — Cantitatea prescrisă de medicament. 11. Director ! — Arsură (fig.). — Medicul din romanul „Triunghiul" de Simion Pop. 12. Medicul din piesa „Explozie întîrziată" de Paul Everac — Autorul volumului „Oameni în alb" (Aurel). 13. „... de la San Michele", romanul autobiografic al scriitorului-medic Axel Munthe, mărturie a dragostei sale pentru natură și om (neart.). — Se recomandă a fi bine aerisite înainte de culcare.

VERTICAL : 1. Medic și jurist — Scriitor-medic, clasic al literaturii ruse (1860—1904), autorul nuvelelor „Chirurgie" și „Salonul nr. 6". 2. Postume ! — Dramaturg român contemporan, autorul piesei „Căsnicia doctorului Cristea" (2 cuv.). 3. Țipar (pop.) — Doctor (abr.) — Trec peste ștachetă — Plan intern ! 4. Popor din vechime — Privește gospodăria. 5. Osie ! — Orășel în Suedia — Articol (abr.). 6. Medic



stomatolog (fem.) — Se evidențiază în muzică. 7. Cu sistemul nervos slăbit — Vin după una ! 8. Tei ! — Afluent al Mureșului. 9. Pînză impermeabilizată — Mass-media ! — Prenume feminin. 10. Acela (pop.) — Salcîm (reg.) — Fărîmă. 11. Doctorița din piesa „Rețeta fericirii" de Aurel Baranga — Ramură a medicinii. 12. Intervenții chirurgicale — Jurnal. 13. Introduși ! — Medicul Danilovici din romanul „Mama" de Gorki — Pagube.

Dicționar : CIC, HERA, AANS.

ADAM STOICA

sfaturi vechi mereu actuale

Una dintre cele mai frumoase pagini din istoria culturii românești o constituie calendarele. Mai bine de un secol ele au fost singurele publicații periodice care formau hrana spirituală a vechii societăți românești. Atît la orașe, cît și la sate, calendarele erau așteptate cu nerăbdare, iar conținutul lor era împărtășit celor ce nu știau carte de către un cunoscător al slovelor, mai ales în lungile seri de iarnă.

Prin noțiunile cu caracter sanitar și farmaceutic, ele au suscitat, în bună măsură, interesul pentru îngrijirea propriei sănătăți. Astfel, alături de textele calendaristice cu conținut religios, erau inserate și texte cu conținut sanitar, cum sînt gromovnicele (preziceri după diverse fenomene naturale), trepetnicele (preziceri după diferite mișcări involuntare ale mușchilor) etc., toate dominate de misticismul caracteristic orînduirii feudale.

Primele calendare, cu caracter de referință, în limba română au fost cele tipărite la Brașov în anul 1733, la Iași în anul 1785, la București în 1794.

În anul 1802 apare la Sibiu „Kalendarul românesc vechi a lui Iulian pă anul dela X. C. 1802 care să compune din 365 de zile, pă Ardeal și pă alte învecinate locuri întocmit lîngă care s-au mai adăugat calendarul nou nemțesc a lui Gregorian".

Sub titlul „Regula sănătății" se dau, în acest calendar, folositoare sfaturi igienice pentru fiecare lună a anului.

Astfel, pentru luna ianuarie se atrage atenția că „Cel ce nădăjduiește în prînzuri prisositoare și nu face trupului mișcare acela trăește prea cu grabă și pedeapsa îmbuibării lui va fi aici boala, aici grabnica moarte".

Iată, așadar, o serie de recomandări care alcătuiesc ceea ce numim azi un regim de viață echilibrat și o alimentație rațională.

Combaterea sedentarismului, a efectelor sale negative asupra organismului, sînt redate într-o formă foarte succintă în „Regula sănătății" pentru luna aprilie, cu următoarele indicații : „Cel ce viețuește cu șederea și nu cugetă la mișcarea trupului și a încheeturilor lui cu bărbăție, acela își aduce nemistuire care netrepnicește trupul".

Pentru zilele fierbinți de vară, cînd dorința de a ne răcori cu apă rece și dacă se poate „de la gheață" devine adesea obsedantă, „Regula sănătății" pentru iulie — luna lui cuptor — precizează : „Boalele cele mai primejdioase vin atuncea cînd bea cineva fără de luare de seamă, încălzit și înfierbîntat. De ar fi omului sete cît de mare să nu bea pînă cînd nu își va mai liniști mai înainte puțin umblarea sîngelui prin odihnă și mai înainte de va bea să mănînce ceva bucate pentru ca să nu se îngreuneze stomacul deodată cu băutura".

Sînt sfaturi cît se poate de folositoare, care își găsesc ecou și în zilele noastre. Astfel, gravele afecțiuni — mai ales cele ale aparatului respirator — sînt evitate și acum prin vechiul procedeu al cumpătării, chiar și în fața nestăvilitei dorințe de răcorire prin băuturi reci. Practicarea obiceiului de a bea înainte de masă reprezintă și astăzi un procedeu criticabil, de care trebuie să se țină seama în sfaturile privind alimentația.

Indicații referitoare tot la regulile alimentației întîlnim și în lunile septembrie și octombrie : „Nu mînca niciodată multe feliuri una după alta căci fiește bucată are să se mistuiască deosebit și fiștecare are deosebită lucrare. Ce mănînci nu înghiți cu lăcomie și mestecă întîi bine în gură, nici prea fierbinte să nu mănînci ca să nu-ți pricinuească pagubă dinților de a pătimi dureri și după bucate fierbinți să nu bei numai de cît".

Deosebit de instructivă ni se pare „Regula sănătății" pentru luna noiembrie : „Așezîndu-te la prînz, cît îți va fi prin putință fi cu inima veselă și deschisă, ferește-te în vremea prînzului de patimi, iar mai vîrtos de mînie. Căci aceasta să așează pă băşica fierii și ia cu sine în stomac multă otravă din fiere, din care pricină bucatele cele mîncate mistuirea cea bună împiedică".

Buna dispoziție în timpul mesei favorizează buna digestie și asigură un tranzit normal al alimentelor în tubul digestiv. Desigur, aceste recomandări au o deosebită valoare practică și în zilele noastre, nefiind infirmate de știința contemporană.

Așa cum reiese din vechile texte, totul se reduce la echilibru psihic, cumpătare, evitarea supraalimentației și a sedentarismului.

Cu mulți ani mai tîrziu, spre sfîrșitul secolului al XIX-lea, dr. I. Felix arăta într-un manual elementar de igienă, tipărit în anul 1894, rostul aceloraşi dominante de igienă în desfășurarea vieții de fiecare zi, sănătatea fiind averea cea mai de preț a omului : „Numai omul sănătos își poate îndeplini toate datoriile către țară, către familie ; numai el are puterea necesară pentru a lucra cu stăruință, pentru a cîștiga prin muncă proprie tot ce-i trebuie pentru traiul său și al familiei sale".

Sînt sfaturi vechi, dar care își păstrează valabilitatea și în zilele noastre.

Dr. farm. *EMIL GHEORGHIU*

Consultație pe ocolite ...

I se propune în zadar
Un strict regim alimentar,
Căci pacienta nu se lasă,
Nu vrea s-audă că e grasă.
Iar medicul, să n-o irite,
O ia atunci pe ocolite
Și reușește, cu-al lui har,
S-o urce-n fine pe cîntar.

— Iată ! — explică el din spate —
Cu-a d-voastră greutate,
Ar trebui, în întregime,
S-aveți doi metri înălțime !
Or, după cum aflarăm noi,
Aveți un metru cincizeci și doi...
La care, fără ezitare,
Răspunde dînsa, cu candoare :

— Dacă-i așa, nu mă-ndoiesc
Că-mi dați ceva... ca să mai cresc !

ION VULPESCU

dimensiuni PSIHOSOMATICE și personalitatea feminină

DR. **ALEXANDRU DOBRE**
Spitalul clinic de obstetrică-ginecologie „Giulești"

De mulți ani asist cu aceeași emoție la bucuria nașterii unui copil. Frecvent, s-a întîmplat să observ pe obrazul mamei o undă de regret, e drept trecătoare, sau zîmbetul stînjenit al tatălui, cînd copilul mult așteptat, mult dorit, era fată.

Și ne întrebăm de ce, cînd societatea modernă oferă ambelor sexe posibilități egale de viață, de muncă, de afirmare și progres. Poate pentru că, în multe cazuri, în viața cotidiană egalitatea femeii cu bărbatul este doar declarativă, ea rezumîndu-se la punerea unui simplu semn matematic de egalitate între cele două sexe. De aceea, consider că prezentarea unor elemente de psihosomatică feminină va sublinia atît specificul biologic și psihoafectiv, cît și dimensiunile diferite ale personalității feminine.

Sexul se diferențiază încă din a 40-a zi a vieții embrionare. Dar, conform legii, unui nou-născut trebuie să i se confere, în termen de 14 zile, o apartenență sexuală de sex masculin sau feminin. Acest sex legal stabilește totodată statutul social sexual al individului respectiv, modul în care societatea îl recunoaște ca sex. Pe parcursul dezvoltării sale însă, individul dobîndește o identitate sexuală, conștiința apartenenței sale sexuale. Și dacă sexul legal și statutul sexual sînt elemente impuse individului, identitatea sa sexuală constituie o opțiune proprie. Dar, pînă la pubertate, întreaga uzină hormonală a organismului uman rămîne nefuncțională.

Odată cu dezvoltarea, organismul uman cunoaște cîteva diferențieri sexuale. Astfel, la fete, dezvoltarea sistemului osos este în ușor avans, în timp ce băieții, pînă la vîrsta de 5 ani, au un spor ponderal substanțial. Apoi, pînă la 11 ani, diferențele dintre băieți și fete rămîn nesemnificative, pubertatea instalîndu-se mai precoce la fete. Primele semne se manifestă în jurul vîrstei de 11 ani, factorul determinant rămînînd secreția de hormoni sexuali, în relație directă cu nivelul maturizării osoase. Studii recente sugerează că pubertatea se instalează în momentul cînd greutatea adolescentei atinge 80% din greutatea vîrstei adulte, ajungîndu-se la concluzia că orice încetinire a creșterii întîrzie apariția pubertății. Reperul cel mai obiectiv al pubertății îl constituie însă apariția primelor cicluri. Deși vîrsta medie la care acestea se instalează este de 13 ani, capacitatea de reproducere (ovulația) apare abia după doi ani de la instalarea ciclului.

Tînăra adolescentă se va surprinde că a crescut mult mai repede decît tovarășii ei de joacă, băieții, ea apro-

piindu-se de talia definitivă în jurul vîrstei de 17 ani. Problemele identităţii sexuale iau pentru adolescente un aspect crucial, deşi interesul sexual propriu-zis se trezeşte mult mai tîrziu decît la băieţi.

Adolescenţa reprezintă, desigur, o perioadă dificilă, de năvalnice transformări hormonale, de criză psihosomatică, ca şi perioada trecerii femeii adulte spre a treia etapă de viaţă, după instalarea menopauzei.

Menstruaţia, sarcina, lactaţia, climacteriul, proprii femeii, sînt considerate ca fenomene normale. Fenomenele patologice ale organelor genitale feminine au impus însă formarea unor specialişti de înaltă calificare, pentru a putea cuprinde aspectele atît de diverse ale acestei patologii. Or, atît fenomenele fiziologice, cît, mai ales, cele patologice, au un răsunet afectiv puternic, determinînd uneori importante modificări psihice.

Pînă de curînd, dimensiunile psihologice ale personalităţii feminine au fost neglijate chiar şi de medici, limitîndu-se la studiul detaliilor anatomofiziologice.

Psihologia feminină, spre a fi înţeleasă, impune aruncarea balastului de prejudecăţi în vederea integrării ei într-un context cît mai cuprinzător, distilînd ceea ce este esenţial, caracteristic.

Ştiinţa ştiinţelor biologice — genetica — face una din cele mai uluitoare descoperiri : diferenţierea sexuală nu se opreşte la nivelul organelor genitale şi al comportamentului, femeia rămînînd femeie pînă la nivel celular.

De fapt, concepţiile fiecărei epoci au fost conforme cu nivelul cunoştinţelor despre viaţă şi societate al epocii respective.

În antichitate, Eschil afirma : „...femeia nu este procreatoarea copilului său, cum se crede de obicei. Ea nu face altceva decît să hrănească sămînţa. Numai tatăl poate zămisli. Femeia păstrează numai o garanţie a ceea ce i s-a încredinţat şi pe care o restituie proprietarului ei".

În felul acesta, chiar în concepţia unor oameni luminaţi, femeia era desconsiderată pentru cea mai de seamă realizare a sa. Spre deosebire de greci, în Roma antică, femeia era mult mai cultivată, nemaifiind prizoniera zidurilor locuinţei sale. Existau primele asociaţii feminine, iar afirmaţia consulului Cato cel Bătrîn — „De îndată ce femeile ajung egale cu noi, ele ne sînt superioare" — a stîrnit vii proteste.

După 2 000 de ani, timp în care condiţia femeii s-a schimbat în mod radical, mai întîlnim încă reminiscenţe ale acestei filozofii antice. Un exemplu foarte edificator din practica medicală de astăzi îl constituie acela referitor la afirmaţia făcută de ilustrul profesor de obstetrică-ginecologie Panait Sîrbu : «Bărbaţii au acceptat cu greu ideea că sterilitatea poate exista şi datorită unor defecte care le aparţin şi că femeia „stearpă" din timpurile biblice este de fapt „cuplul sterp" de astăzi...».

Statisticile publicate arată că în etiologia sterilităţii conjugale, factorul masculin se întîlneşte într-o proporţie de pînă la 40% din cazuri. Dealtfel, pentru a sublinia necesitatea evoluţiei concepţiilor multor bărbaţi, se pot da numeroase exemple, egalitatea dintre sexe fiind o egalitate de

natură morală, socială, juridică şi politică.

În ceea ce priveşte însă aspectele psihosomatice, de anatomofiziologie, lucrurile sînt complet diferite şi ele trebuie privite ca atare.

Denumirea de „sex slab" este înţeleasă de mulţi nu numai în sensul masei musculare, ci şi al intelectului. Precizăm însă că nu există nici un fundament ştiinţific pentru o astfel de interpretare, cu atît mai mult cu cît dacă raportăm greutatea creierului la greutatea corpului, nu se constată nici o diferenţă între femeie şi bărbat.

Din punct de vedere al funcţiilor psihice propriu-zise, cel puţin în ceea ce priveşte memoria şi atenţia, putem semnala o uşoară superioritate a femeii. Imaginaţia şi afectivitatea diferenţiază însă cel mai pregnant femeia de bărbat. Sînt autori care afirmă că afectivitatea la femeie predomină chiar intelectul. Referindu-ne la specia umană, precizăm că bărbatul posedă un avantaj natural ; în timp ce la multe specii animale, masculul este acela care, prin podoabele sale, prin cîntece, prin înfrîngerea rivalilor, face toate eforturile pentru a atrage femela, în cadrul speciei noastre, dintotdeauna femeia a fost aceea care a atras pe bărbat. Ea realizează acest lucru prin farmec, gingăşie, afectivitate, sensibilitate, blîndeţe, bunătate.

Intensitatea trăirilor afective ale femeii o expune la „somatizări" (tulburări ale organelor interne) mult mai frecvente şi mai intense. Astfel, se explică numărul mai mare de tulburări funcţionale somatice (spasme ale căilor biliare, ale colonului, palpitaţii, tahicardie, vertije, senzaţia de lipsă de aer etc.) şi, în general, morbiditatea mai crescută la femei.

Cu toate acestea, în statisticile prezentate de cele mai diverse ţări ale lumii, speranţa de viaţă a femeii este mai mare comparativ cu a bărbatului. Acest fapt semnifică poate că „stofa biologică" a femeii este mai rezistentă şi oferă mai puţină variabilitate, ea rămînînd tiparul speciei.

Predominanţa proceselor afective la femeie o fac mai sentimentală, mai dornică de a iubi şi a fi iubită. Dragostea feminină este dominată de pudoare şi mîndrie, dar mai ales de dăruire de sine pînă la sacrificiu. Numeroase sînt cazurile de femei, care internîndu-se în spital în vederea unei intervenţii chirurgicale, doresc să nu se divulge diagnosticul şi, mai ales, felul intervenţiei la care sînt supuse. Preferă să rămînă singure cu suferinţa lor decît să trăiască cu teama că partenerii lor de viaţă le cunosc boala şi le consideră infirme. Dorinţa permanentă de perfecţiune şi aspiraţia către frumos fac parte din psihicul specific feminin.

Dar bogăţia vieţii afective a femeii determină şi capacitatea pe care o au acestea de a depista pe cale raţională esenţa problemelor, sensul lor, adică existenţa aşa-zisei „intuiţii". Femeia apreciază cu mult mai multă exactitate dacă o situaţie de viaţă poate fi sau nu favorabilă sau dacă sînt reale anumite trăsături ale personalităţii celor care îi trezesc interesul.

Femeia poate suferi chiar şi atunci cînd susţine că este indiferentă, şi în ciuda faptului că îşi impune o anumită conduită, comportamentele ei

instinctive dezvoltate determină o luptă grea între ceea ce simte şi ceea ce încearcă să exteriorizeze.

Sînt foarte multe afecţiuni în care elementele somatice sînt clare, simptomatologia este predominant organică, dar terapia nu se va adresa exclusiv acesteia. La femeie, factorii psihici deţin o pondere însemnată, astfel încît metodele terapeutice se vor adresa şi acestora, în scopul refacerii tonusului neurovegetativ, a organismului în general.

Rolul biologic fundamental al femeii îl constituie, desigur, perpetuarea speciei. Dar în condiţiile vieţii moderne, mediul social supune femeia unor solicitări tot mai complexe. Este necesar să ne oprim mai mult decît în treacăt şi să ne analizăm atitudinea pe care o avem fiecare din noi faţă de femeie, să-i înţelegem mai bine structura, nevoile, reacţiile naturale şi comportamentale, specifice sexului şi personalităţii ei. Progresul nostru individual, al societăţii noastre şi al întregii umanităţi este condiţionat şi de optica prin care privim femeia şi mai ales de înţelegerea şi ajutorul pe care fiecare dintre noi „sexul tare", îl oferim „sexului slab".

Abordarea psihosomatică a ceea ce reprezintă frumosul în viaţa noastră înseamnă pentru medic promovarea unei medicini cu adevărat umane, căreia să-i consacrăm întreaga noastră putere de muncă, întreaga noastră capacitate. Pe de altă parte, cunoaşterea complexităţii personalităţii feminine, a trăsăturilor psihice proprii şi a sensibilităţii cu care femeia este dotată prin însăşi structura sa, vor dezvălui bărbatului un univers plin de miracole, dar şi de adevărurile vieţii.

Mecanismele metastazării în boala canceroasă

Ce este cancerul, cum evoluează, care sînt posibilităţile de tratament ? Acestea sînt întrebări pe care şi le pun din ce în ce mai mulţi oameni şi tot mai frecvent.

Cancerul — tumoarea malignă primară — se compune dintr-un număr variabil de celule în continuă proliferare, care au tendinţa să se desprindă din tumoarea primară, să migreze la distanţă de organul în care au luat naştere şi să constituie metastaze.

Capacitatea celulelor tumorale de a invada ţesuturile înconjurătoare sau organele la distanţă constituie caracterul esenţial al tumorilor maligne şi, fără îndoială, principala cauză a eşecurilor terapeutice.

Care sînt căile prin care celulele tumorale pot să migreze ? Cele mai obişnuite căi sînt : calea circulaţiei limfatice şi a celei sanguine. Dar mecanismele prin care celulele tumorale pot să ajungă în circulaţie ? Tumoarea primitivă, în continuă creştere, erodează vase limfatice sau sanguine, iar celulele tumorale se desprind din masa tumorală şi devin celule canceroase libere, circulante.

Prin vasele limfatice, celulele tumorale ajung la ganglionii limfatici din jurul organului purtător de tumoare, constituindu-se metastazele ganglionare regionale. De

la această primă stație ganglionară, celulele migrează mai departe, determinînd însămînțări în ganglioni situați la distanță de tumoarea primară.

Celulele canceroase pătrunse în sîngele circulant sînt vehiculate prin arborele circulator și se vor opri la nivelul organelor-filtru (organe bogate în rețele vasculare de tip capilar). Cele mai importante filtre sînt reprezentate de rețelele capilare din plămîn și ficat. În interiorul capilarelor, în jurul celulelor tumorale se formează un mic cheag de sînge (microtromb). Din acest microtromb, celulele canceroase pot traversa peretele vasului sau se pot înmulți la acest nivel, apoi erodează vasul, proliferează, dînd naștere metastazei. La rîndul lor, celulele tumorale din metastază proliferează anarhic, se pot desprinde din masa tumorală, pătrund în circulație și se localizează în alte organe, constituind „metastaze din metastază".

Din cele expuse rezultă că evoluția cancerului se desfășoară în etape. Fiecare moment al evoluției are mare importanță, iar cercetările oncologice moderne au ca scop descifrarea și precizarea fiecărei etape, pentru a se contura toți factorii care intervin în evoluția cancerului.

Trebuie menționat, de asemenea, că organismul gazdă, purtător de tumoare, nu este un spectator pasiv la agresiunea care s-a declanșat împotriva sa. Prin mecanisme imunologice de apărare, organismul reacționează față de celulele anarhice pe care le consideră „străine" și încearcă să stăpînească progresiunea tumorală. Mecanismele de apărare pot fi imunologic specifice (anticorpi anti-celule canceroase) sau nespecifice (celule din sistemul macrofagic, capabile să distrugă orice particulă străină pătrunsă într-un organism).

Evoluția tumorilor maligne va depinde deci de agresiunea tumorii, exprimată în viteza de proliferare, dar și de capacitățile reactive ale organismului gazdă.

În prezent, în întreaga lume se depun eforturi uriașe pentru înțelegerea cît mai exactă a fenomenului „cancer" și pentru găsirea unor modalități terapeutice cu adevărat utile fiecărui caz în parte. În acest scop, mijloacele chirurgicale sînt utilizate pentru îndepărtarea tumorii primare și a metastazelor ganglionare regionale. Atît pentru reducerea volumului tumoral, cît și pentru eradicarea tumorală, se utilizează radio-și chimioterapia.

Pentru distrugerea celulelor tumorale circulante în sînge și a micrometastazelor la distanță se utilizează însă imunoterapia specifică și nespecifică.

În numeroase institute oncologice din lume, ca dealtfel și la Institutul oncologic din Cluj-Napoca, se încearcă diferite modalități de imunostimulare nespecifică, ale căror rezultate experimentale și clinice sînt încurajatoare.

Este necesar să arătăm că în domeniul oncologiei, o mare importanță prezintă cunoașterea exactă a biologiei cancerului. Acest domeniu este poate cîmpul cel mai fertil de colaborare între diferiți specialiști : medici, biologi, chimiști, fizicieni. Sîntem siguri că aportul fiecărui domeniu va contribui, într-un viitor apropiat, la descifrarea unor necunoscute încă, legate de biologia cancerului.

La ora actuală, există mijloace terapeutice eficace pentru un mare număr de tumori maligne. Desigur, deviza este „precocitatea". Să facem deci apel la serviciile de specialitate la primul semn de boală, cînd organismul este încă capabil să se apere, iar posibilitățile noastre terapeutice să vindece !

DR. RODICA RIȘCA
cercetător principal
Institutul oncologic, Cluj-Napoca

FUMATUL ŞI CARDIOPATIA ISCHEMICĂ

Cercetările epidemiologice efectuate pe un număr mare de cazuri — unele dintre ele multinaţionale — care au permis obţinerea de rezultate cu valoare de generalizare, evidenţiază faptul că între fumat şi cardiopatia ischemică cronică există o interrelaţie bine definită. Fără a putea face o legătură de la cauză la efect între fumat şi suferinţa coronariană, se dovedeşte că fumatul ar avea un rol din ce în ce mai însemnat în creşterea morbidităţii şi mortalităţii prin cardiopatie ischemică.

Dintre cele mai importante concluzii care se desprind din aceste studii şi care trebuie să atragă atenţia publicului larg menţionăm :

— Incidenţa infarctului miocardic este de 4 ori mai mare la fumători decît la nefumători ; riscul îmbolnăvirii prin infarct miocardic creşte paralel cu numărul de ţigări fumate zilnic, ajungînd de 6—7 ori mai mare la persoanele care fumează mai mult de 40 de ţigări pe zi.

— Decesele provocate de cardiopatia ischemică sînt de 6 ori mai frecvente la fumători decît la nefumători.

— Grupa de vîrstă situată între 35 şi 55 de ani — vîrsta maturităţii şi a randamentului profesional maxim — este cel mai grav afectată în cadrul interrelaţiei fumat-cardiopatia ischemică.

— În cadrul aceloraşi limite de vîrstă, riscul este dublu pentru cei care au început să fumeze înainte de vîrsta de 20 de ani decît pentru cei care şi-au însuşit acest obicei după vîrsta de 30 de ani.

— Nu există modificări semnificative între diferitele moduri de a fuma : pipă, ţigarete, ţigări de foi, inhalarea profundă a fumului (în piept) sau superficială.

— Persoanele care-şi desfăşoară activitatea în fum de tutun (ospătari, muzicanţi, nefumători care lucrează în încăperi cu fumători etc.) prezintă un dublu risc de îmbolnăvire şi de mortalitate în raport cu persoanele din aceeaşi categorie de vîrstă şi de profesie, dar care-şi desfăşoară activitatea în aer liber, chiar dacă fumează acelaşi număr de ţigări.

În sfîrşit, cea de a 7-a concluzie, cu o oarecare nuanţă optimistă, se referă la faptul că abandonarea fumatului scade riscul îmbolnăvirilor prin cardiopatie ischemică, dar moderat şi inconstant.

Datele statistice din ultimul timp atrag atenţia că din cele trei forme clinice ale cardiopatiei dureroase, şi anume : angor pectoris, iminenţa de infarct (denumită şi preinfarct sau sindrom intermediar) şi infarctul miocardic, la acesta din urmă mortalitatea şi morbiditatea sînt semnificativ crescute. Din păcate, persoanele care prezintă celelalte două forme clinice, de gravitate mai mică, nefiind influenţate în mod evident de fumat (intensitatea, frecvenţa şi durata crizelor dureroase răspunzînd prompt la nitroglicerină etc.), bolnavii continuă să fumeze, ajungînd să devină conştienţi de implicaţiile grave ale fumatului pentru organism abia după declanşarea dramei coronariene — infarctul miocardic.

În ceea ce priveşte mecanismul prin care fumatul afectează circulaţia corona-

riană la persoanele sănătoase și agravează cardiopatia ischemică cronică, acesta este complex. Intervin factori neuropsihici, metabolici, hemodinamici, care duc la creșterea rezistenței pe care o opune inimii sistemul arterial, creșterea catecolaminelor (adrenalina și noradrenalina), creșterea acizilor grași liberi din sînge, modificări ce conduc la reducerea calibrului arterelor coronare care asigură nutriția inimii și — în final — la astuparea unui vas coronarian printr-un cheag de sînge.

În plus, oxidul de carbon care emană în timpul arderii tutunului intră în combinație cu hemoglobina — elementul din sînge care asigură transportul oxigenului de la plămîn la organe și țesuturi — formînd carboxihemoglobina, a cărei capacitate de a transporta oxigenul este mult scăzută. În acest fel, întreaga economie a organismului va avea de suferit.

În încheiere, semnalăm un aspect pozitiv al acestei probleme, constatat la majoritatea bolnavilor care au avut infarct miocardic : aceștia abandonează pentru totdeauna fumatul, fără vreo indicație expresă din partea medicului. Mai mult chiar, nu mai suportă nici mirosul de tutun emanat de persoanele fumătoare din anturaj. În multe cazuri, foștii bolnavi de infarct determină și pe cei din jur să abandoneze fumatul, ceea ce are implicații favorabile atît pentru bolnavul coronarian, cît și pentru persoanele sănătoase.

Și atunci ne punem întrebarea firească, la care invităm pe fumători să reflecteze : dacă tot abandonează fumatul de ce s-o facă după instalarea infarctului și nu înainte de a se produce modificările ireversibile ale arterelor coronare ?

DR. EMIL A. POPESCU

Pietre prețioase cu puteri tămăduitoare ?

Din timpurile cele mai vechi și pînă aproape de vremurile noastre, peste tot în lume, pietrele prețioase au fost folosite ca leacuri împotriva diferitelor boli. De exemplu, în Țările române, începînd din secolul al XVI-lea și pînă la sfîrșitul secolului al XVIII-lea, medici ambulanți, de obicei de origine arabă, au utilizat „harul pietrelor" — litoterapia — în tratamentul bolilor de rinichi, al epilepsiei și hemoragiilor sau la „gonirea răutăților din trupul omenesc".

Pietrele prețioase sau nobile, denumite și geme — cărora Platon le atribuia viață și sclipire desprinsă din lumina stelelor, iar Teofrast, prin anul 300 î.e.n., le-a dedicat o carte în care, împletindu-le cu miturile, le arăta și utilizarea practică în vindecarea diverselor boli — posedă anumite caractere și proprietăți ce pot explica motivul pentru care medicina empirică le-a atribuit puteri tămăduitoare și magice.

În primul rînd, ele sînt minerale rare, deci nu puteau fi găsite decît după îndelungi eforturi. În al doilea rînd, sînt înzestrate cu calități care decurg din caracterele lor fizice : duritate mare, dată de structura lor cristalină ; luciu, sclipire sau scînteiere, datorită modului în care se reflectă razele de lumină ; culoare, dată de constituția lor chimică ; luminiscență, adică emiterea unor raze luminoase reci în urma expunerii la lumina solară ; asterism, adică apariția unor steluțe luminoase în interiorul cristalelor (de exemplu, la rubine), fenomen care se datorește prezenței unor incluziuni minerale străine în masa cristalului respectiv ; proprietăți termice ca termoluminiscența (transformarea căldurii în radiație luminoasă) ; proprietăți radioactive, magnetice și electrice.

Din punct de vedere genetic, mineralele au luat naștere în cadrul unor procese

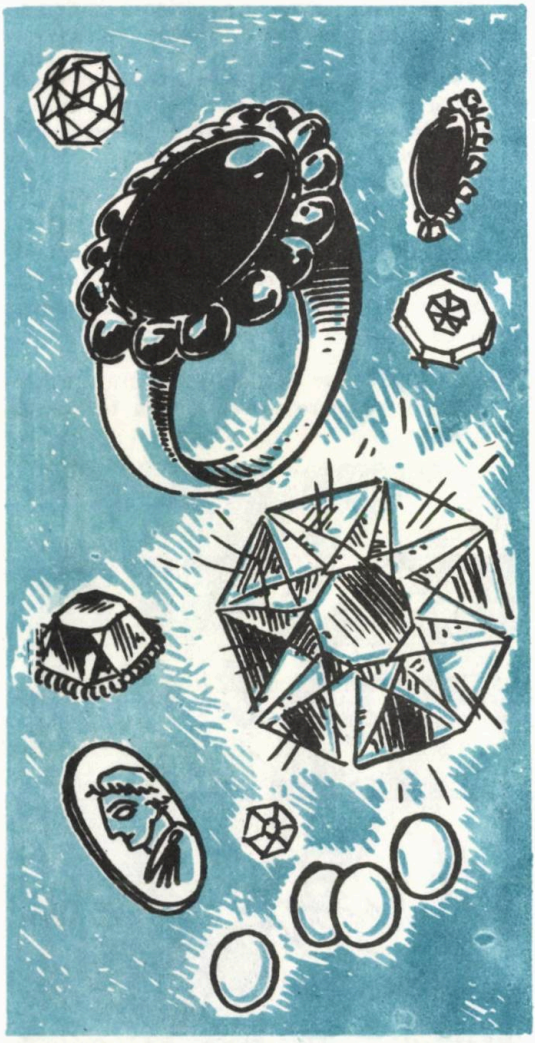
geologice legate de consolidarea rocilor eruptive, de formarea rocilor metamorfice sau a celor sedimentare. Unele provin însă din lumea animală actuală, reprezentînd formaţiuni actuale ; din această categorie citäm : perlele, sideful şi scheletele de corali.

Neputinţa de a explica geneza şi proprietăţile lor deosebite, raritatea şi frumuseţea lor învăluită în mister, i-a făcut pe oameni să le atribuie puteri magice ; de aici şi pînă la aplicarea lor în terapeutică, adică litoterapia, nu mai era decît un pas. Şi pasul a fost făcut !

DIAMANTUL, cea mai importantă piatră preţioasă, este constituit din carbon pur, cristalizat în sistemul cubic ; s-a format la presiuni şi temperaturi foarte mari, în cadrul unor roci eruptive bazice, denumite kimberlite. Arabii credeau despre diamant că este infailibil în caz de otrăviri şi că alungă grijile. De asemenea, era considerat piatră care ocroteşte împotriva trăsnetului, nălucirilor, insomniilor, provocînd transă. Anselme de Boodt scria în 1609 că are putere contra veninului, contra ciumei şi vrăjitoriei. Tot diamantului i se atribuia şi calitatea de a potoli mînia şi de a păstra dragostea în căsnicie.

RUBINUL este un oxid de aluminiu cristalizat în sistem hexagonal ; culoarea lui roşie se datoreşte unui adaos de oxid de crom. Se credea că este folositor împotriva tuturor bolilor, în general, că este dătător de curaj, inteligenţă, că întăreşte memoria, ba are chiar proprietatea de a conserva cadavrele !

SAFIRUL, identic din punct de vedere chimic şi cristalografic cu rubinul, îşi datorează culoarea albastră unor adaosuri de oxizi de titan şi fier, cea verde unui conţinut minim de oxizi de crom şi vanadiu, iar cea galbenă oxidului de nichel. În evul mediu se credea că fereşte oamenii de accidente ecvestre, de mînia divină şi că tămăduieşte durerile de ochi.



SMARALDUL, gema simbolică a zeiţei Venus, denumită de vechii greci „piatra strălucirii", este un silicat de aluminiu şi beriliu ; culoarea lui verde, de o frumuseţe deosebită, se datoreşte prezenţei unor săruri de crom la mare dispersie. Se credea că ascute vederea, vindecă epilepsia şi ghiceşte viitorul.

ACVAMARINUL, cu aceeaşi compoziţie chimică ca şi smaraldul, dar de culoare albastră, datorită prezenţei anumitor săruri de fier, era socotit piatra dragostei, piatra ce asigură fericirea în căsnicie. Exista credinţa că apa în care a fost

introdus un acvamarin vindecă inflamaţiile, laringita şi bolile de ochi.

TOPAZUL, o piatră preţioasă, colorată de obicei în galben, dar şi în alte culori, este un silicat de aluminiu cu fluor şi apă. I se atribuiau proprietăţi curative, mai ales în ceea ce priveşte oprirea hemoragiilor, şi se credea că risipeşte mînia.

HIACINTUL, oxid de zirconiu şi siliciu, de culoare roz sau roşie, era folosit în evul mediu ca leac contra ciumei, ca somnifer şi ca apărător împotriva trăsnetelor.

OPALUL este bioxidul de siliciu sub formă amorfă, care servea contra bolilor de ochi.

CALCEDONIA — bioxid de siliciu sub o formă intermediară — între amorf şi cristalizat, denumită şi criptocristalină, era considerată ca aducătoare de mulţumire şi izbîndă în război, vindecătoare a bolilor de ficat şi a melancoliei, iar diferitele ei varietăţi — carneolul, crisoprazul, agatul, onixul, jaspul, heliotropul — erau intens folosite în terapia multor boli. Aşa, de exemplu, se credea că onixul aduce, după caz, linişte sufletească sau, dimpotrivă, vise rele şi certuri ; jaspul roşu opreşte hemoragiile şi vindecă de „pietre la vezică", iar agatul alină durerile de dinţi.

CUARŢUL INCOLOR sau cristalul de stîncă este de fapt bioxid de siliciu. Era folosit încă din antichitate pentru confecţionarea lupelor cu care se cauterizau rănile, dar şi în tratamentul dizenteriei.

AMETISTUL, varietatea de culoare violetă a cuarţului, era recunoscut că vindecă alcoolismul şi combate somnul prea adînc!

JADUL, piatră preţioasă cu multe atribute mistice, care — după cum arată Mircea Eliade — „joacă rol esenţial în societatea chineză antică, îi formează simbolica, îi alimentează psihologia", era considerat doctoria nemuritorilor, cu virtuţi care se perpetuează şi dincolo de viaţa biologică, deoarece împiedica descompunerea cadavrelor. Din punct de vedere mineralogic este un silicat aluminos de sodiu, iar denumirea vine de la „pietra de ijada", care înseamnă în limba spaniolă „piatră de rinichi". Era folosit contra durerilor de rinichi şi de lumbago. Se mai credea că asigură sănătate perfectă şi conferă astfel longevitate.

MALAHITUL, un carbonat hidratat de cupru, de culoare verde, era întrebuinţat de către romani ca leac contra convulsiilor. În evul mediu, malahitul dizolvat în oţet servea ca anestezic la intervenţiile chirurgicale.

PERLELE sînt constituite din aragonit (carbonat de calciu). Ele fac parte din gru-

pa pietrelor prețioase, deosebit de apreciate de medicina empirică. Chinezii credeau că perlele, alături de jad și aur, feresc trupul morților de descompunere. Erau însă folosite și în tratamentul variolei, bolilor hepatice, nebuniei, precum și pentru ușurarea durerilor la naștere.

CORALUL se credea că întărește inima și vindecă bolile de piele.

Lista pietrelor prețioase, cărora vechea medicină le atribuia puteri tămăduitoare miraculoase, ar putea fi prelungită la nesfîrșit. În prezent, ele nu mai au decît valoare anecdotică și în acest scop redăm cîteva „capete de afiș".

Prințesele birmaneze, regii indieni și șahii persani purtau **rubine,** deoarece se spunea despre această piatră prețioasă că are puteri tămăduitoare în toate bolile, este dătătoare de curaj, aduce succes în dragoste și constituie leac contra coșmarurilor și melancoliei. Chiar și Petru I, țarul Rusiei, din aceleași motive purta cîteva rubine asupra sa. De asemenea, se credea că piatra purității, **diamantul,** îi vindecă pe „lunatici", ușurează nașterile, combate frica și aduce dragoste în căsnicie. **Turcoaza** era folosită de egipteni în tratamentul cataractei, iar arabii preveneau și tratau cu ea cazurile de otrăvire. **Topazul** servea în evul mediu la combaterea demenței, a mîniei și ca hemostatic. **Perle** pisate erau administrate de medicii chinezi contra epilepsiei, supurațiilor și a tulburărilor de vedere. Lorenzo de Medici a fost tratat cu un amestec de perle și pietre scumpe de către unul din medicii renumiți ai acelor timpuri, dar în acest caz tratamentul s-a soldat cu moartea pacientului la vîrsta de 44 de ani, iar medicul s-a sinucis !

Se credea, cu convingere, că pietrele prețioase au puteri divine, iar calitățile lor deosebite sînt generate de cauze astrale. De aceea, au fost legate atît de zeități, cît și de lunile de naștere ale oamenilor. Astfel, **granatul, hiacintul** sau **cuarțul roz,** purtate sau doar posedate de persoane născute în luna ianuarie, erau considerate ca talismane aducătoare de noroc. În plus, le fereau sau le vindecau de diferite boli. Același lucru era valabil pentru **ametist** și **onix,** în cazul celor născuți în februarie ; **jaspul, heliotropul, turmalina,** pentru cei născuți în martie ; **safirul, diamantul, cristalul de stîncă,** pentru cei în aprilie ; **agatul, smaraldul, crisoprazul** erau talismane pentru cei născuți în mai ; **perlele, piatra lunii, calcedonia,** pentru iunie ; **rubinul, carneolul,** pentru iulie ; **sardonia, onixul,** pentru august ; **crisolitul,** pentru septembrie ; **acvamarinul, opalul,** pentru octombrie ; **topazul** și **ochiul de tigru,** pentru noiembrie, iar **turcoaza** și **zirconiul** sau **crisoprazul,** pentru decembrie.

Pietrele prețioase au fost considerate ca avînd aceleași „efecte" și legătură directă cu zodiile. Astfel, erau echivalente : Berbecul cu **jaspul roșu** și **carneolul** de **India** ; Taurul cu **carneolul portocaliu** și **cuarțul roz** ; Gemenii cu **citrinul** și **ochi de tigru** ; Racul cu **crisoprazul** și **aventurinul cenușiu** ; Leul cu **diamantul** și **cristalul de stîncă** ; Fecioara cu **citrinul** și **agatul galben** ; Balanța cu **citrinul portocaliu** și **cuarțul fumuriu** ; Scorpionul cu **carneolul roșu** ca sîngele și **sardonia** ; Săgetătorul cu **cuarțul** de culoarea safirului și **calcedonia** ; Capricornul cu **onixul** și **ochi de pisică** ; Vărsătorul cu **turcoaza** și **ochi de șoim,** iar Peștii cu **ametistul.**

Pietrele prețioase au fost puse, de asemenea, în legătură cu zilele săptămînii. Astfel : luni — **piatra de lună** ; marți — **hiacintul** ; miercuri — **smaraldul** ; joi — **ochi de pisică** ; vineri — **diamantul** ; sîmbătă — **safirul** ; duminică — **rubinul.**

Dar, indiferent de credința care a dăinuit de-a lungul timpurilor, nu trebuie să excludem posibilitatea ca în anumite situații, efectul lor terapeutic să se fi datorat autosugestiei și poate unor proprietăți radioactive, magnetice, electrice și termice.

HORST P. HANN
cercetător științific

Rezolvarea jocurilor rebusiste

PAGINA 121

LA MEDIC : Consultaţie (constelaţie).

PENTRU BOLNAVI : Spital (pastile).

LA SPITAL : Internare (int-e-r-n-are).

CĂRŢI DE VIZITĂ : Medic urolog — Brad ;
medic radiolog — Bran.

PAGINA 129

COPIII — BUCURIA VIEŢII : EMINESCU ; C ; ENESCU ; CO ; ULIŢA ; PARC ; TIMA ; MIREA ; ANI ; NADIA ; NE ; FA ; OINA ; ŞTEFAN ; GS ; ACIUAT ; NAP ; RUND ; ENE ; R ; E ; CĂLUGĂRU.

PAGINA 140

FRUMUSEŢEA — O PREOCUPARE MEREU ACTUALĂ : SUPERB ; BASM ; CREMA ; RADU ; D ; HAŢÎRURI ; PUI ; URANIA ; ELENA ; BILET ; STAR ; N ; E ; ASIA ; IULIA ; RS ; C ; FA ; RAS ; TULUC ; PLATAN ; PE ; ARTA ; INA ; APOLLO ; IZVOR ; VENUS ; CELEST.

ARITMOGRIF : A —B = Esculap ;
Orizontal : Haţieganu, Nasta, Cantacuzino, Kretzulescu, Danielopolu, Caracaş, Lupea.

PAGINA 168

CHIRURGICALĂ : Stare postoperatorie.
(s-t-are post-o-pe-r-a-t-ori-e).

REBO : Vitamină (viţă + mînă).

PAGINA 178

VISELE — O NECESITATE FIZIOLOGICĂ : SHAKESPEARE ; IOSIF ; ALB ; G ; N ; PLAN ; VISE ; GRI ; TATI ; CU ; EARS ; IARNA ; VIAŢA ; PAOLO ; I ; TOLBA ; PAR ; EL ; IVI ; AT ; A ; NURCI ; URIAŞ ; EN ; ATENA ; AU ; ZAT ; AMURG ; L.

IZVOARE DE SĂNĂTATE : CĂLIMĂNEŞTI ; P ; OLĂNEŞTI ; URSU ; SOVATA ; SLĂNIC ; T ; AMARA ; I ; ANI ; IC ; ILA ; APE ; GO ; NĂUCE ; FLOAREA ; ECLA ; F ; UV ; MOS ; SII ; MALNAŞ ; RA ; TUŞNAD ; I ; CAZ ; ILE ; M ; UŞOR ; BA ; A ; SARE ; CISAR ; STAŢIUNI ; SOIA ; VATRA DORNEI ; D.

PAGINA 187

DE-ALE INIMII : AFECTUOŞI ; S ; MĂRINIMOASĂ ; AMOR ; MÎHNIT ; RISIPI ; O ; NI ; AL ; PITI ; ICS ; CIPICI ; L ; EF ; IAI ; A ; LAURA ; UREZ ; TICTAC ; NEPĂSĂTOR ; U ; E ; TRATAMENT.

PAGINA 195

MOZAIC MEDICAL : LUCINDA ; MAMOS ; EMIL ; ESCULAPI ; G ; CIONT ; SARE ; IP ; REŢETA ; ARI ; SADI ; INIMA ; AV ; TUR ; ASI ; ACUTĂ ; L ; MATCA ; ARIN ; CESENA ; RĂŢOI ; EVANS ; BIS ; L ; D ; HERA ; ACE ; DOZA ; OR ; JAR ; SERGIU ; VALERIU ; MAIAN ; CARTE ; CAMERE.

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

TEHNOREDACTOR – N. PANAITIDE

13 COLI TIPAR

BUN DE TIPAR LA 27.10.1980

TIPARUL EXECUTAT LA
COMBINATUL POLIGRAFIC „CASA SCÎNTEII"
BUCUREȘTI, PIAȚA SCÎNTEII NR. 1

LEI 14

EDITURA
MEDICALĂ